

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **TOA LEONOR MUÑOZ TELLO**, con CC. 060345996-7, autora del trabajo de graduación intitulado: **"PSICOEDUCACIÓN PARA PERSONAS CON ALZHEIMER DESDE EL ENFOQUE DE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA FOCALIZADA EN LA PERSONALIDAD"**. Estudio realizado en 12 pacientes con Alzheimer fase 1 de la Fundación TASE Quito en el periodo agosto-diciembre 2017, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de Psicología.

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, marzo 2018



TOA LEONOR MUÑOZ TELLO
CC. 060345996-7



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

PSICOEDUCACIÓN PARA PERSONAS CON ALZHEIMER DESDE
EL ENFOQUE DE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA
FOCALIZADA EN LA PERSONALIDAD
ESTUDIO REALIZADO EN 12 PACIENTES CON ALZHEIMER FASE 1 DE LA
FUNDACIÓN TASE QUITO EN EL PERIODO AGOSTO-DICIEMBRE 2017

TOA LEONOR MUÑOZ TELLO

DIRECTOR/A: MAYRA VELASTEGUÍ

QUITO, 2018

DEDICATORIA

A mi madre que constantemente ha hecho todo esfuerzo, sacrificando todo por ayudarme a cumplir mis metas.

A mis abuelitos Gaty y Rafa quienes son mis ángeles de la Guarda

A la vida por llenarme de oportunidades maravillosas para acercarme a la realidad de la enfermedad de Alzheimer.

A Asunción, quien me hizo ver la vida con diferentes ojos a través de esta enfermedad sin perder nunca la alegría ni las ganas de vivir.

Toa Muñoz Tello

AGRADECIMIENTO

A Dios, por guiar mi camino

A la facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por darme la oportunidad de culminar esta meta.

Mi profundo agradecimiento a la Msc. Mayra Velasteguí, tutora de este trabajo de investigación, por su preocupación, orientación y supervisión en el desarrollo y culminación de la misma.

Al Dr. Lucio Balarezo, por la fundación del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, enfoque que ha inspirado este trabajo.

A la fundación TASE por su colaboración y apertura, para la realización de esta investigación.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
TABLA DE CONTENIDOS	IV
RESUMEN.....	X
INTRODUCCIÓN.....	X
1. CAPÍTULO I: ENVEJECIMIENTO NORMAL Y PATOLÓGICO.....	1
1.1 Características del envejecimiento Normal.....	2
1.2 Características del envejecimiento Patológico.....	2
1.2.1 Origen de la enfermedad de Alzheimer.....	5
1.2.2 Conceptualización de la enfermedad de Alzheimer.....	7
1.2.3 Consideraciones generales de la enfermedad de Alzheimer según DSM-V Y CIE 10.....	9
1.2.4 Alteraciones Neuropsicológicas.....	13
1.2.5 Fases de la enfermedad.....	14
2. CAPITULO II: PSICOEDUCACIÓN DESDE EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD.....	21
2.1 Antecedentes del Modelo Integrativo.....	21
2.2 Bases Teóricas del Modelo Integrativo.....	22
2.2.1 Perspectiva de estudio de la personalidad.....	23
2.3 Tipología de la Personalidad.....	25
2.3.1 Personalidad con predominio Afectivo.....	25
2.3.2 Personalidad con predominio Cognitivo.....	26
2.3.3 Personalidad con predominio Comportamental.....	27
2.3.4 Personalidad con Déficit Relacional.....	28
2.4 Estructura de la personalidad en el Modelo Integrativo.....	30

2.5 Bases Metodológicas del Modelo Integrativo.....	31
2.6 Objetivos del Asesoramiento.....	33
2.7 Técnicas del Asesoramiento.....	34
2.7.1 Psicoeducación.....	36
2.8 Psicoeducación desde el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad.....	38
3. CAPÍTULO III: PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN EN PERSONAS CON ALZHEIMER.....	41
3.1 Etapas del proceso de Psicoeducación.....	41
3.1.1 Primera Etapa.....	42
3.1.2 Segunda Etapa.....	43
3.1.3 Tercera Etapa.....	51
3.1.4 Cuarta Etapa.....	51
3.1.5 Quinta Etapa.....	56
3.2 Descripción de la propuesta de un programa de Psicoeducación para personas con Alzheimer fase 1 desde el enfoque de la Psicoterapia Integrativa focalizada en la Personalidad.....	56
3.2.1 Nombre del Programa de Psicoeducación.....	56
3.2.2 Justificación.....	56
3.2.3 Fundamentación.....	57
3.2.4 Objetivos.....	58
3.2.5 Importancia.....	58
3.2.6 Descripción de la Propuesta.....	59
3.3 Conclusiones y Recomendaciones.....	62
3.3.1 Conclusiones.....	62
3.3.2 Recomendaciones.....	63

Bibliografía.....	64
-------------------	----

ANEXOS

Tablas

Tabla 1 Diferencias entre envejecimiento normal y patológico	4
Tabla 2 Consideraciones generales de la enfermedad de Alzheimer según DSM-V y CIE-10	9
Tabla 3 Alteraciones de procesos psicológicos	17
Tabla 4 Rasgos característicos de personalidad histriónica y ciclotímica.....	26
Tabla 5 Rasgos característicos de personalidad paranoide y anancástica	27
Tabla 6 Rasgos característicos de personalidad impulsiva y disocial	28
Tabla 7 Rasgos característicos de personalidad esquizoide y dependiente	29
Tabla 8 Diferencias entre Asesoramiento y Psicoterapia	32
Tabla 9 Características observadas del grupo “A”	42
Tabla 10 Distribución de población para proceso de evaluación diagnóstica.....	43
Tabla 11 Personalidad afectiva.....	52
Tabla 12 Personalidad cognitiva	54
Tabla 13 Cronograma aplicado a personalidad afectiva.....	60
Tabla 14 Cronograma aplicado a personalidad cognitiva	1

Gráficos

Gráfico 1 Componentes de la personalidad.....	25
Gráfico 2 Objetivos del Asesoramiento.....	34
Gráfico 3 Resultado de cuestionario de personalidad SEAPsI.....	45
Gráfico 4 Puntaje Subprueba: Información	46
Gráfico 5 Puntaje Subprueba: Orientación	47
Gráfico 6 Puntaje Subprueba: Control Mental	47
Gráfico 7 Puntaje Subprueba: Memoria Lógica	48
Gráfico 8 Puntaje Subprueba: Memoria de Dígitos.....	49
Gráfico 9 Puntaje Subprueba: Memoria Visual.....	49
Gráfico 10 Puntaje Subprueba: Memoria Asociativa	50

RESUMEN

Esta investigación tuvo como finalidad describir la Psicoeducación desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad en personas con Alzheimer fase 1, a fin de encontrar elementos que permitan plantear como alternativa la estructuración de un programa de Psicoeducación dirigido para esta población, que contribuya a mejorar la calidad de vida. De acuerdo con las características del estudio, se constituyó en una propuesta factible, por cuanto se trató de una investigación de campo, de carácter teórico- aplicado. La población objeto de estudio fueron pacientes del Centro Alzheimer fundación TASE pertenecientes al grupo “A”, es decir a la fase 1 o leve, en un total de doce, de los cuales ocho fueron mujeres y cuatro hombres. Como estrategia para la recolección de datos se aplicó la técnica de la observación directa, la entrevista no estructurada y la ficha psicológica Individual, para identificar las características comportamentales de esta población, crear el rapport y conocer los antecedentes y datos personales de cada paciente. Además se aplicó el Cuestionario de Personalidad SEAPsI y la Escala de Wechsler de Memoria para en base a los resultados obtenidos, diseñar la propuesta del programa de Psicoeducación. Estos resultados evidenciaron el tipo de personalidad predominante en esta población y las principales dificultades cognitivas que se presentan en esta fase de la enfermedad, por lo que las actividades fueron diseñadas considerando las dos características manifestadas.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el Alzheimer es considerado como la demencia más común en la edad adulta, la misma que crece aceleradamente ya que la esperanza de vida cada vez es mayor, por lo que se cree que para el 2025 en el Ecuador exista un incremento del 10 % en esta población, lo que ocasiona el aumento de adultos mayores con esta patología (Revista Argentina, 2016).

Esta investigación es importante debido a lo actual del tema y su proyección a futuro ya que es prioritario cubrir las necesidades psicológicas y el bienestar emocional de estos pacientes para mejorar su calidad de vida.

Por esto se propone establecer la Psicoeducación desde el enfoque de la Psicoterapia Integrativa focalizada en la Personalidad en personas con Alzheimer fase 1 como una alternativa válida que tomando en cuenta las características personales de cada individuo y distinguiéndolo de los demás influya en los pacientes para afrontar esta enfermedad de una mejor manera.

El presente trabajo comprende tres capítulos. En el primero se aborda los antecedentes, la conceptualización, fases y las consideraciones generales de la enfermedad de Alzheimer.

En el segundo capítulo se expone los conceptos principales del Modelo Integrativo, incluido sus antecedentes y las bases teóricas y metodológicas de este enfoque.

En el capítulo tres se describe la propuesta de un programa de Psicoeducación para ser aplicado en personas que presenten la enfermedad de Alzheimer fase 1, en esta propuesta se trabaja específicamente con personalidades afectivas y cognitivas. E incluye las etapas del proceso de Psicoeducación. Con este trabajo se marca un referente para continuar un estudio diferente desde las personalidades relacionales y comportamentales y finalmente las conclusiones y recomendaciones derivadas de este estudio.

Para concluir con bibliografía y anexos.

1. CAPÍTULO 1: ENVEJECIMIENTO NORMAL Y PATOLÓGICO

La vejez es la última etapa evolutiva de los seres humanos en la cual se presentan cambios físicos, biológicos y psicológicos propios del desarrollo del ciclo vital de cada individuo; no existe una edad específica donde inicia la vejez, al contrario son diversas las edades que existen en el periodo de envejecimiento y varían según cada persona, pero en la sociedad actual el inicio de esta etapa está muy ligada al momento de jubilación, es decir al momento en que los cambios propios del envejecimiento modifican las actividades cotidianas de los individuos, cabe recalcar que la vejez puede ser tomada también como una etapa en la que se da significado a todo lo anteriormente vivido (Mishara & Riedel, 2000).

Hoy en día el porcentaje de personas que atraviesan la etapa de la vejez se ha incrementado notablemente en el último siglo, igualándose a la tasa de natalidad y se espera que a mediados del mismo, en el año 2050 los adultos mayores sobrepasen a la población joven (OMS, 2017a). Latinoamérica tiene como característica principal en la población de adultos mayores la predominancia de mujeres. En la actualidad el Ecuador tiene un porcentaje total del 7% de personas mayores de 65 años y se espera que para el año 2025 esta cifra se incremente al 10% en su población (El Telégrafo, 2016).

El envejecimiento es una etapa inevitable de todo ser humano vivo y es erróneo asociar a la misma con enfermedad o patología ya que se debe diferenciar el envejecimiento normal del patológico que será consecuencia de diferentes factores biológicos, genéticos, ambientales, de estilo de vida, entre otros. La mayoría de estos factores se encuentran estrechamente asociados a los niveles de educación y escolaridad que tenga una persona para definir el tipo de envejecimiento que presentará en la edad adulta (Papalia, Wendoks & Duskin, 2010).

Por lo tanto, al ser el Ecuador un país en vías de desarrollo donde los niveles de analfabetismo son muy altos y en el cual se considera que la población de adultos mayores se incrementará en menos de 10 años, es importante que se realicen investigaciones que aporten al bienestar y calidad de vida de este grupo etario que en poco tiempo aumentará en un porcentaje elevado y posiblemente varios de ellos presenten cuadros de vejez patológica por lo que es necesario fortalecer el tejido social del adulto mayor ecuatoriano.

1.1 Características del envejecimiento normal

El envejecimiento normal es aquel en el cual a pesar de la disminución de la funcionalidad de las facultades cognitivas y motrices ocasionado propiamente por la etapa que se atraviesa, la persona no sufre ninguna discapacidad ni patología grave. En la actualidad, es cada vez más frecuente que los adultos mayores gocen de una mayor calidad de vida en este periodo de adultez dado por el avance de la medicina y por la implementación de costumbres saludables en sus rutinas diarias que cada día son más populares en la sociedad actual (Triadó & Villar, 2006).

Por esta misma razón se ha hecho posible que incluso en esta etapa se dé la adquisición de nuevos recursos personales como el de la capacidad de adaptabilidad para afrontar el debilitamiento en la funcionalidad de algunas condiciones que tarde o temprano sufrirán un deterioro progresivo propio del envejecimiento. Este recurso es necesario para ayudar a la persona a atravesar y manejar de la mejor forma todo el proceso de cambios que se presentan gradualmente en la vejez (Triadó & Villar, 2006).

El envejecimiento normal, se caracteriza por mantener óptimas y equilibradas condiciones físicas, psicológicas y sociales como: la inexistencia de patologías crónicas, conservación de relaciones sociales satisfactorias y actividad física y cognitiva constante que hacen posible que el individuo goce de una mayor calidad de vida en su vejez, pues la mayoría de sus actividades cotidianas y rutinarias no se ven alteradas. Es decir, se hace mención de un envejecimiento normal, cuando este no perjudica el bienestar del adulto mayor sino solo se modifican diversos aspectos propios de esta etapa y el individuo tiene la capacidad para sobrellevarlos y adaptarse a este nuevo periodo en su vida (Calero, M., & Navarro, 2012).

1.2 Características del envejecimiento patológico

El envejecimiento patológico se caracteriza por manifestarse de una manera agresiva en el individuo, ya que la involución de las facultades físicas, psicológicas y sociales se da de una forma mucho más acelerada y notoria que en un envejecimiento de tipo normal, donde esta involución será gradualmente y acorde a la etapa de envejecimiento por la que esté pasando el adulto mayor. Una de las características más sobresalientes en el envejecimiento

patológico es la pérdida de facultades cognitivas que a su vez afecta las interacciones sociales, capacidades intelectuales y motrices; muchas veces esto se convierte en una demencia. Este tipo de vejez, también conocida como senilidad, es considerada una vejez difícil de sobrellevar ya que en esta se manifiestan enfermedades degenerativas crónicas o terminales que acaban pronto con la vitalidad de la persona (Peña y Lillo, 2012).

Las demencias son síndromes orgánicos con etiología diversa que alteran fuertemente las funciones cognitivas, a tal punto que la vida del individuo se ve afectada en diferentes ámbitos. Por lo general siempre existe la presencia de enfermedades neurodegenerativas en la vejez patológica que se dan sin una causa conocida y se presentan de forma progresiva. Un ejemplo de este tipo de enfermedad es el Alzheimer, demencia más común y frecuente en la adultez (Barrera, M. & Donolo, 2009).

Se estima que uno de cada tres ancianos en el mundo padece algún tipo de demencia incluido el Alzheimer, siendo esta una de las principales causas de discapacidad en los ancianos, por lo que estas cifras son sumamente alarmantes ya que se considera que con el incremento acelerado de la población adulta, este porcentaje se triplicará para el 2050. Cabe recalcar que alrededor del 70 % de demencias diagnosticadas son de tipo Alzheimer (OMS, 2017). En el Ecuador las cifras aproximadas hasta el año 2016 muestran que un 2,8 % de la población mayor de 60 años padece algún tipo de demencia y de este porcentaje el 98% ha sido diagnosticado con demencia tipo Alzheimer que es la principal causa de institucionalización en la vejez, lo que representa altos costos para el estado (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

Por lo tanto la discapacidad más frecuente del anciano ecuatoriano es la demencia de Alzheimer, es decir que ahora ya existe una alta población de personas que padecen este mal y que este porcentaje irá creciendo con el pasar del tiempo, por lo tanto es necesario que se implementen investigaciones que apoyen a esta población vulnerable para brindar una mejor atención y calidad de vida en este periodo, tanto a quienes padezcan esta enfermedad como a su entorno y también que se tomen medidas preventivas para ejecutar planes de acción a largo plazo con las siguientes generaciones que padezcan este mal.

Además de la demencia más común de los últimos años, el Alzheimer; existe otro tipo de demencias que representan el 2% de demencias frecuentes en el Ecuador y el mundo y estas son la demencia vascular, la demencia de Lewy y la demencia frontotemporal, demencia de Pick y de Huntington. Con síntomas sumamente similares por lo que muchas veces al no ser

claras las diferencias de una demencia con otra, el diagnóstico puede ser confundido y es esta similitud la que no permite tener una cifra exacta del diagnóstico diferencial de la cantidad de pacientes con Alzheimer (OMS, 2017). A continuación, una breve definición de estas demencias:

Demencia Vascular: Comienza a causa de infarto o lesiones cerebrovasculares, se manifiesta con alteraciones en la conciencia y pérdida visual (CIE-10, 2008).

Demencia de Lewy: Su diagnóstico solo puede ser post mórtem verificando si los cuerpos de Lewy se encuentran en la corteza frontal temporal y parietal que degeneran el citoplasma, pueden manifestarse síntomas de enfermedad de Parkinson (CIE-10, 2008).

Demencia Frontotemporal: Enfermedad progresiva con deterioro en la inteligencia, lenguaje, memoria y cambios de humor constantes por deterioro de los lóbulos frontales y temporales (CIE-10,2008).

Demencia de Pick: Se da por una atrofia en el lóbulo frontal y parietal por la proliferación de células de pick que afectan las neuronas de estos dos lóbulos cerebrales (CIE-10, 2008).

Demencia de Huntington: Enfermedad neurológica de causa hereditaria por un gen del cromosoma 4 que ocasiona la degeneración de todo el tejido cerebral, además de los problemas cognitivos, se presentan problemas de control de movimientos musculares bruscos que no son controlados por quien padecen este mal (CIE-10, 2008).

Demencia de Alzheimer: Enfermedad degenerativa en la cual la pérdida de memoria se va agravando con el pasar del tiempo, su etiología aún es desconocida (CIE-10, 2008).

Tabla 1. Diferencias entre envejecimiento normal y patológico

ENVEJECIMIENTO NORMAL (SENESCENCIA)	ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO (SENILIDAD)
No presenta desorientación de tiempo ni espacio	Desorientación del tiempo o espacio
No hay cambios en su conducta o comportamiento	Cambios emocionales, comportamentales y conductuales esporádicos
Facilidad para realizar actividades cotidianas	Alta dificultad en la realización de actividades cotidianas

No hay dificultad para recordar datos o hechos recientes	Problemas en la memoria a corto plazo
Presenta quejas cuando no es capaz de recordar algo ya que es consciente de su olvido	No presenta quejas de la pérdida de memoria ya que no suele ser consciente de las mismas
El lenguaje se encuentra conservado y sin problemas en su vocabulario	Pérdida del lenguaje o verbalización errónea

(Giuliano, A.2016)

1.2.1 Origen de la enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer fue descubierta por el médico alemán Aloysius Alzheimer quien en un inicio trabajaba en el Hospital Municipal de Lunáticos y Epilépticos de Frankfurt y es aquí donde se interesó por la Neuropatología y las enfermedades mentales; en este mismo hospital conoció al médico Franz Nissl con quien inició sus proyectos de investigación relacionados a la corteza cerebral (Konrad,M., & Ulrike, 2006).

Esta enfermedad tiene sus orígenes a inicios del siglo pasado en el año 1901 cuando el médico Aloysius Alzheimer conoció a Auguste Deter, una paciente de 51 años de edad quien aparentaba mucha más edad de la que en realidad tenía, presentaba una pérdida de memoria en algunos aspectos de su vida que era difícil de comprender, estos olvidos le generaba angustia constante y episodios paranoicos, alejándola cada vez más del mundo exterior; con el pasar del tiempo fue evidente también la pérdida de criterio y de percepción sobre sí misma (Konrad, M. & Ulrike,2006).

Pero fue en 1906, tras la muerte de Auguste que al realizar investigaciones anatómicas en el cerebro de la occisa, el doctor Alzheimer se dio cuenta que había una pérdida de neuronas evidente en el mismo, además de gran deterioro en la corteza cerebral, que se encontraba atrofiada y con presencia de ovillos y depósitos proteicos, anomalías que no encajaban en ningún cuadro clínico de otra dolencia por lo que se trataba de una enfermedad aún desconocida. Es en este año que hizo públicas sus investigaciones y Alzheimer la describe como una nueva enfermedad (Konrad,M., & Ulrike, 2006).

Sin embargo las investigaciones eran aún escasas para hablar de una nueva enfermedad y Alzheimer estaba consciente de esto, es así que inició la búsqueda de casos similares al de la paciente Auguste encontrando varios con síntomas muy parecidos, los cerebros de cuatro pacientes con sintomatología similar fueron examinados cuidadosamente post mortem y en cada uno de sus lóbulos afectados por la enfermedad una vez más se encontró los ovillos descritos anteriormente en el caso de Auguste, así Alzheimer denominó sus hallazgos como una enfermedad grave de la corteza cerebral (Draaisma, 2012).

El término enfermedad de Alzheimer fue asignado por Emil Kraepelin en la octava edición de su libro de Psiquiatría en el año 1910 para darle una denominación a la patología descrita anteriormente por el médico de este mismo apellido (Konrad, M., & Ulrike, 2006). Pero es solo en 1970 cuando esta enfermedad es reconocida como la demencia más común a nivel mundial por lo que 10 años más tarde en 1980 se funda la asociación de Alzheimer en Chicago para promover la investigación de esta enfermedad y brindar ayuda y soporte a los familiares de pacientes con este padecimiento (Boixadós, 2004). En 1982, Ronald Reagan quien era en ese entonces el presidente de los Estados Unidos proclama una semana de conciencia sobre esta enfermedad, tras la muerte por Alzheimer de la actriz Rita Hayworth (Fernandez, 2000).

Más tarde se denomina al 21 de septiembre de 1994 por primera vez como el día mundial del Alzheimer, considerándolo así hasta la actualidad, en noviembre de ese mismo año Ronald Reagan declara por medio de una carta escrita por él que padece el mal de Alzheimer. Tras varios años de investigaciones con respecto a la etiología de la enfermedad, y múltiples pruebas de laboratorio, en el año 1999 se usa una vacuna en un ratón transgénico y esta funciona pero en el año 2002 se realiza la prueba de esta vacuna en humanos y esta fracasa, los siguientes años sigue la búsqueda de una vacuna o cura contra esta demencia pero sin éxito alguno (Segovia de Arana, J. & Mora, 2002).

En los últimos 15 años el Alzheimer se ha proliferado aceleradamente a nivel mundial, por esta razón cada vez son más las investigaciones que pretenden encontrar una cura a esta enfermedad, pero hasta la actualidad, una de las principales alternativas frente a esta demencia son los fármacos que no evitan la aparición del Alzheimer pero sirven para retrasar su inicio y prolongar los años de vida de quien la padece lentificando el deterioro cerebral y evitando que la misma se desarrolle a pasos agigantados (National Institute on Aging, 2016).

Estos fármacos trabajan como inhibidores de los síntomas propios de la enfermedad y entre los medicamentos más comunes que son recetados en la etapa leve o moderada de esta son: Razadyne, Exelon y Aricept los cuales previenen que la acetilcolina disminuya de forma acelerada que es la sustancia química que ayuda a la memoria y al proceso de pensamiento. Para la etapa más severa o avanzada del Alzheimer se receta otro fármaco, conocido en la industria como: Namenda, que actúa para evitar la producción excesiva de un compuesto químico llamado glutamato que puede acelerar la muerte neuronal y que tiene como efecto retrasar los síntomas para que quienes la padecen puedan mantener sus actividades de rutina diaria, como ir al baño por si solos por periodos más largos de tiempo (National Institute on Aging, 2016).

1.2.2 Conceptualización del Alzheimer

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa considerada como la demencia más común en la actualidad, esta condición afecta directamente a las neuronas, la misma que no tiene una etiología clara hasta el momento por lo que es conocida también como “epidemia silenciosa”, ya que no es fácil de ser diagnosticada antes de la aparición de los primeros síntomas que afectan directamente a la función cognitiva, presentando pérdida de memoria en quien la padece a pasos agigantados sin encontrarse aún una cura para contrarrestar la misma, los fármacos creados en función de esta solo sirven para que la enfermedad no avance tan rápidamente (Revista Argentina, 2016).

A pesar de que existen casos de demencia tipo Alzheimer antes de llegar a los 60 años de edad, la mayoría de personas diagnosticadas se encuentran en la etapa de adultez mayor, desde los 65 años en adelante, siendo más frecuente que se presente conforme avanza la edad. Es decir, con cada década cumplida la probabilidad de que se dé un cuadro de Alzheimer crece. Los casos en los que la enfermedad aparece tempranamente suele tener una menor duración que la que inicia en la vejez ya que suele ser mucho más agresiva afectando aceleradamente el sistema inmunológico por lo que el fallecimiento del paciente se da en menor tiempo (Revista Argentina, 2016).

Cabe recalcar que esta enfermedad no solo afecta al paciente sino también a su entorno, principalmente a sus cuidadores de manera física y emocional. La economía también se ve

afectada pues la enfermedad representa un costo elevado para la familia del individuo con Alzheimer por la compra de medicación permanente, hospitalizaciones frecuentes y por la necesidad de uno o varios cuidadores que acompañen tiempo completo al paciente ya que este se vuelve completamente dependiente en casi todos los aspectos de su vida y se le imposibilita realizar actividades cotidianas de manera autónoma (Revista Argentina, 2016).

También existen cambios de conducta en el paciente causadas por la enfermedad como cambios de humor frecuentes, alucinaciones, agresividad y delirios. Es con todos estos cambios que él o los cuidadores deberán lidiar frecuentemente, por lo que las dinámicas familiares se ven modificadas ya que muchas veces el cuidador es un miembro de la familia (Revista Argentina, 2016).

El Alzheimer es una enfermedad terminal y la principal causa de muerte a partir de su diagnóstico es la pulmonía, ya que esta enfermedad degenerativa ataca el sistema inmunológico de la persona ocasionando muchas veces infecciones de garganta o pulmón que terminan en muerte. No existe una población determinada a la cual afecte esta enfermedad, ya que se presenta en cualquier cultura, situación geográfica y económica pero existe estudios que demuestran su prevalencia en personas con analfabetismo o poca escolaridad y se considera que entre más instruida la persona, es decir más haya ejercitado su cognición a lo largo de su vida tendrá un menor riesgo de padecer esta patología (Sarasa, 2014).

A pesar de que esta enfermedad afecta de manera global todas las facultades cognitivas, investigaciones demuestran que la última zona del cerebro en ser afectada es la encargada de las actividades creativas por lo que muchos pacientes mantienen a pesar de la patología las actividades artísticas que conocían como pintar, dibujar, cantar, bailar, tocar un instrumento y quienes no las tenían antes, pueden ser capaces de desarrollar su lado artístico en esta etapa (López, L. & Ullán, 2015).

En las observaciones realizadas en la población que se trabaja la presente investigación se puede comprobar que efectivamente, los pacientes de Alzheimer disfrutaban de actividades creativas y artísticas, sobre todo de la música, incluso pacientes en etapas más avanzadas que a pesar de perder la capacidad de un habla fluido o un discurso con una sintaxis adecuada, en cuanto escuchan música pueden recordar la melodía de determinadas canciones e incluso cantarlas.

1.2.3 Consideraciones generales de la enfermedad de Alzheimer según DSM-V y CIE-10

Tabla 2. Consideraciones generales de la enfermedad de Alzheimer según DSM-V y CIE-10

	DSM-V	CIE-10
Etiología y Criterios Diagnósticos	<p>La enfermedad de Alzheimer no tiene una causa específica.</p> <p>Se manifiesta con alteraciones en la memoria y aprendizaje lo que altera a su vez la función ejecutiva del individuo, es decir se presentan cuadros amnésicos y más adelante problemas motores, de percepción y del lenguaje esto se da en fases más avanzadas.</p> <p>El 80% de pacientes con Alzheimer presentan cambios conductuales y psicológicos desde inicios de la enfermedad acompañados de sufrimiento por lo que podría desencadenarse una depresión y apatía. Al estar más avanzada la enfermedad incluso se puede llegar a presentar cuadros psicóticos por las alucinaciones y delirios que se dan en la mente del paciente, la irritabilidad, agresión y deambulación sin objeto</p>	<p>Esta enfermedad es de etiología desconocida pero se manifiesta con rasgos neuropatológicos y neuroquímicos.</p> <p>Se presenta una reducción significativa en el número de neuronas, sobre todo en el hipocampo por lo que afecta principalmente a la memoria y al pensamiento hasta que el individuo pierda facultades sociales, cognitivas y motrices.</p>

	acompañan estos síntomas incluso mientras más avanzada la enfermedad se puede presentar problemas en la marcha, disfasia, convulsiones e incontinencia.	
Prevalencia, Desarrollo y Curso	<p>Las posibilidades de riesgo de la enfermedad aumentan con la edad siendo lo más frecuente que esta se presente en la octava y novena década de la vida. Este trastorno avanza gradualmente hasta llegar a una demencia grave antes de la muerte. La supervivencia media del paciente tras un diagnóstico de Alzheimer es de diez a veinte años aproximadamente y en la última etapa los pacientes terminan sus días con un mutismo total y en cama por la pérdida de las facultades motrices.</p> <p>En cuanto más avanzada sea la edad del individuo diagnosticado con Alzheimer, será más difícil de sobrellevar el padecimiento ya que se presentará acompañado de más cuadros clínicos por patologías</p>	<p>El periodo evolutivo de la enfermedad en algunas personas puede ser más corto que en otras. La incidencia de la enfermedad es en la edad madura hacia el final de la vida, mucho más común desde los 65-70 años en adelante.</p> <p>No existe un momento exacto de inicio de la enfermedad o es muy difícil de precisar pero suele ser brusco. Mientras más tarde inicie la enfermedad suele ser más lento el progreso de la misma pero el deterioro afecta de una manera globalizada al individuo y es una enfermedad irreversible; existe prevalencia en el género femenino, muchas veces ocasionado por los</p>

	mixtas que afectaran el manejo de la misma.	altos niveles hormonales en la menopausia.
Factores De Riesgo	<p>Ambientales: traumatismos cerebrales.</p> <p>Genéticos y fisiológicos: La edad avanzada, genes raros, personas con síndrome de Down si sobreviven hasta la edad adulta, patología cerebrovascular.</p> <p>Culturales: El cuadro se agrava para diagnosticar la enfermedad en sociedades donde la pérdida de memoria en la vejez es considerada normal y donde los individuos han tenido menores exigencias cognitivas a lo largo de su vida por niveles de escolaridad bajos, comúnmente en países de tercer mundo.</p>	<p>Ambientales: Por lesiones de lóbulos temporales y parietales o debido a otras enfermedades cerebrales como: Hipotiroidismo, neurosífilis, deficiencia de vitamina B12, Hipercalcemia, hidrocefalia, entre otras.</p> <p>Genéticos: Se puede dar por antecedentes clínicos en la familia de cuadros demenciales, enfermos de síndrome de Down tienen alto riesgo de padecer la enfermedad.</p>
Consecuencias Funcionales del Alzheimer	La cognición social, es decir, la permanencia de relaciones sociales y la memoria del procedimiento son las que se preservan por periodos más largos de tiempo.	
Diagnóstico Diferencial	No se debe confundir el Alzheimer con otros tipos de demencias como la enfermedad de Lewy, demencia	La demencia cerebrovascular a pesar de tener síntomas similares al Alzheimer, en caso de existir

	<p>frontotemporal o demencia vascular que a pesar de que se desarrolle e inicie con síntomas similares las causas no son las mismas.</p> <p>Otra enfermedad que no puede ser confundido su diagnóstico con Alzheimer es el Trastorno de Depresión mayor que puede presentar como uno de los tantos síntomas de esta demencia.</p>	<p>se debe realizar un doble diagnóstico. Si la demencia cerebrovascular precede al mal del Alzheimer, es difícil que este sea diagnosticado.</p> <p>Tampoco puede ser confundida con un delirium, trastorno depresivo, síndrome amnésico orgánico u otras demencias como la de Pick y Huntington o con un retraso mental.</p>
Comorbilidad	<p>El trastorno de Alzheimer al presentarse en la edad adulta suele estar acompañado de diferentes patologías pero entre las más comunes se encuentran la enfermedad cerebrovascular que contribuye al cuadro clínico.</p> <p>Trastornos depresivos también son diagnosticados en las primeras etapas de la enfermedad de Alzheimer, cuando el paciente es consciente de la pérdida de memoria y los cambios comportamentales.</p>	<p>La demencia cerebrovascular puede estar simultáneamente presente con la enfermedad de Alzheimer y se debe realizar un doble diagnóstico. Esta comorbilidad se presenta en un 10-15% de casos.</p> <p>Cuadros de depresión aparecen en los pacientes después de que el Alzheimer ha sido diagnosticado.</p>

(DSM- 5 American Psychiatric Association, 2014 & CIE-10,2008)

1.2.4 Alteraciones neuropsicológicas

Cuando aparece la enfermedad de Alzheimer se dan cambios biológicos y anatómicos en el cerebro del individuo que lo padece; los principales cambios son la muerte de neuronas y la atrofia de la corteza cerebral que se da de manera acelerada. Las neuronas son las encargadas de realizar procesos de pensamiento y memoria por lo que con la muerte de las mismas no se puede dar conexiones entre estas, es decir, procesos de sinapsis (intercambio de información). En cambio la corteza cerebral se reduce sobre todo en el hipocampo que se ve afectado en el desarrollo temprano de la enfermedad y es la zona cerebral encargada de los recuerdos (García, 2014).

En medio de las neuronas se empiezan a formar placas con fibras de proteínas enredándolas unas con otras; estas son llamadas placas seniles o amiloides que son extracelulares y están compuestas de proteína Beta-amiloide, su función no es completamente clara pero investigaciones la relacionan con la adhesión celular, por lo que su alta producción es elevadamente tóxica para las neuronas. Además existe la presencia de ovillos neurofibrilares que son inclusiones fibrosas anormales que se encuentran en el citoplasma de las neuronas (intracelulares), estos ovillos están compuestos principalmente de proteína TAU (asociada a microtúbulos). Es decir, tanto las placas seniles como los ovillos neurofibrilares son la causa de neuroinflamaciones que impiden procesos sinápticos, apoptosis y muerte celular (García, 2014).

Los lóbulos del cerebro que se ven principalmente afectados con la presencia de estos ovillos y placas que afectan neuronalmente son: el lóbulo frontal el cual se encarga de la inteligencia, juicio y comportamiento, es decir todo lo relacionado con el funcionamiento cognitivo que desde el inicio de la enfermedad se evidencia el deterioro del mismo por lo que la realización de funciones ejecutivas, planificación y toma de decisiones se dificulta e incluso se vuelve imposible para pacientes con Alzheimer, volviéndose personas dependientes incluso para realizar actividades cotidianas como elegir que ropa quieren usar. Además este lóbulo es el encargado de la motivación y con el transcurso de la enfermedad se da la pérdida de la misma convirtiendo al paciente en una persona apática y con desgano a la cual ya no le interesa ni si quiera actividades que antes tenían importancia en su vida (Budson & Solomon, 2016).

El lóbulo parietal es el más afectado a lo largo de la enfermedad ya que tiene como función la memoria, sobre todo la memoria a corto plazo, que es la encargada de recordar hechos

recientes y es la primera en verse afectada en el paciente, pues sus primeros olvidos son de las personas, objetos o situaciones recién aprendidas y esto impide que se pueda retener información nueva; de igual manera se ve afectada la información sensorial y tareas como: la lectura por la cual el paciente se ve menos interesado al tener lapsos de atención y concentración mucho más cortos; en la escritura, existen problemas de gramática, olvidos ortográficos, hasta llegar a la pérdida total de la misma donde la persona no será capaz de recordar cómo se escribe, solo podrá hacer garabatos y el cálculo que mientras avance la enfermedad se dificulta más, incluso sumas o restas sencillas son imposibles para el paciente porque suele olvidar o saltarse las secuencias numéricas (Budson & Solomon, 2016).

Y finalmente el lóbulo temporal encargado del lenguaje, que es una de las principales zonas en verse afectada por esta enfermedad ocasionando diversos trastornos, como problemas de afasia hasta mutismo total, característico de la última etapa de esta demencia; de igual manera la memoria a largo plazo se ve afectada ocasionando que el paciente olvide su historia vital e incluso cosas básicas que fueron aprendidas desde la infancia como el reconocimiento de rostros, lugares y objetos, lo que causa problemas de socialización del paciente con su entorno, mostrando un aplanamiento emocional y aislándolo de quienes lo rodean (Budson & Solomon, 2016).

La presencia de estas anomalías cerebrales pueden ser confirmadas en el examen histopatológico postmortem pero se debe tomar en cuenta que estas lesiones cerebrales podrían encontrarse en cerebros de personas que no padecieron la enfermedad de Alzheimer y solo se puede diagnosticar la enfermedad de acuerdo a la densidad de estas lesiones (García, 2014).

1.2.5 Fases de la enfermedad

La enfermedad de Alzheimer va avanzando gradualmente a medida que pasa el tiempo y con este su deterioro cognitivo y físico también aumenta, por lo que los síntomas cada vez son más evidentes y agresivos en el paciente, la enfermedad de Alzheimer está dividida en tres etapas importantes que son:

Fase Inicial o Leve: En la etapa inicial de la enfermedad de Alzheimer el paciente sufre pérdida de memoria repentina que muchas veces son confundidas por consecuencias propias

de una vejez normal, estos episodios de olvidos repentinos no prohíbe que el paciente siga siendo un sujeto independiente, sin embargo a medida que pasa el tiempo estos empiezan a causarle angustia e irritabilidad al no conocer a ciencia cierta porque no es capaz de recordar ya que en esta primera fase el paciente es consciente de la pérdida de sus facultades. El primer ámbito que se ve afectado son las relaciones sociales ya que las conversaciones ya no son tan fluidas como antes porque se empieza a manifestar el olvido de algunas palabras o términos y aparecen algunas deficiencias intelectuales. Por lo general esta primera etapa es reconocida en un inicio por los amigos y familiares más cercanos del paciente quienes caen en cuenta que esto no es común de una vejez normal (López, 2015).

Este deterioro cognitivo es evidente en la memoria reciente, cuando el individuo no puede recordar situaciones, lugares o momentos que han sido aprendidos en los últimos periodos de su vida, sin embargo la persona seguirá siendo capaz de recordar hechos antiguos con detalle y exactitud como las anécdotas de su niñez o adolescencia a pesar de que estos recuerdos poco a poco también se irán desvaneciendo; a su vez existe desorientación ya que se le dificulta saber hora, fechas o lugares en los que se encuentra. Otros síntomas que se presentan son: la dificultad para aprender cosas nuevas, pérdida de energía y lapsos más cortos de concentración y atención (López, 2015).

Esta etapa dura aproximadamente de dos a cuatro años dependiendo de los recursos ambientales, sociales e individuales con los que cuente cada persona y al ser una etapa de deterioro cognitivo leve, el diagnóstico de esta enfermedad suele ser complicado de diferenciar de otras demencias en sus inicios. Solo cuando estos primeros síntomas se van agravando y los olvidos son cada vez más frecuentes es cuando el mismo paciente o las personas más cercanas a él, como amigos o familiares se percatan de los cambios cognitivos, comportamentales y demás anomalías que presenta el individuo; es en estos estadios de tiempo que se empieza a considerar un diagnóstico inicial de Alzheimer (López, 2015).

Es en los inicios de la enfermedad de Alzheimer, es decir en esta primera etapa común que se presenten con mayor frecuencia cuadros de depresión en el paciente, muchas veces debido a esa conciencia de sí mismo y de las alteraciones psicológicas que comienzan a manifestarse. Es sumamente importante que la depresión sea tratada en el paciente con la misma importancia que su demencia, ya que estudios demuestran que si el tratamiento de la depresión es adecuado, el pronóstico de la demencia será mucho más alentador a ser manejado en las siguientes fases de la enfermedad y de igual manera si la depresión empeora,

a su vez la demencia también empeorará (Belloch, A. , Sandin, B. & Ramos, F. 2008). Es precisamente por esta razón que esta investigación propone iniciar con la Psicoeducación de la demencia de Alzheimer en esta primera etapa, para disminuir los niveles de ansiedad en el paciente y así evitar que este caiga en cuadros depresivos que solo perjudicarán su estado anímico y de salud en este y los siguientes estadios de la enfermedad.

Los síntomas más perceptibles en esta etapa son las alteraciones del sueño, trastornos amnésicos, que son diferentes a los olvidos de personas que no han sido diagnosticadas con Alzheimer, pues cualquiera puede olvidar donde dejó un objeto, pero una persona con esta enfermedad también olvida para que o cual es la función del mismo y esto se conoce como agnosia, dentro de esta etapa es posible que algunos pacientes empiecen con la incapacidad de reconocer algunos rostros (prosopagnosia). También se presentan Trastornos de orientación (espaciotemporal) y al final de esta etapa comienzan a aparecer trastornos leves del lenguaje iniciando por anomia (dificultad para nombrar objetos) por lo cual el individuo reconocerá el objeto pero no será capaz de nombrarlo y se vale mucho de genéricos o muletillas para poder nombrarlos como: esto, eso, la cosa, etc. En el ámbito emocional surge la depresión acompañada de apatía, irritabilidad o angustia (Da Silva, 2017).

El diagnóstico de esta enfermedad tiene un alto impacto no solo en la vida del paciente quien debe sujetarse a cambios en sus costumbres y rutinas diarias desde la fase inicial de esta enfermedad a causa de los síntomas de la misma, sino también en su entorno familiar y social por lo que es necesario que se brinde Asesoramiento y Psicoeducación a los mismos sobre los cambios y consecuencias que implica esta patología, tanto en el plano biológico como también en el psicológico (Asier Lasa, 2014). Pues el estilo de vida del paciente y su entorno se verá modificado completamente para adaptarse a esta nueva situación donde él a medida que avanza la enfermedad se convierte en un ser completamente dependiente de quienes lo rodean.

Alteraciones de procesos psicológicos: Budson, A. E., & Solomon, P. R. (2016).

Toda esta información ha sido obtenida de diferentes fuentes bibliográficas como: DSM-V (2014), CIE-10 (2008) y Budson (2016) por lo que se resumieron aspectos fundamentales de la integración de los síntomas y las alteraciones que se presentan en cada uno de los procesos psicológicos de la primera fase de la demencia de Alzheimer y es a partir de estas alteraciones presentadas en la fase leve de la enfermedad que se planifica aplicar la

Psicoeducación desde el enfoque de la Psicoterapia Integrativa. Estas alteraciones se exponen en el siguiente cuadro:

Tabla 3. Alteraciones de procesos psicológicos

MEMORIA	Existen pérdidas de memoria ocasionales y repentinas sobre todo deterioro de la memoria reciente, es decir el individuo no puede recordar eventos que han sido aprendidos recientemente, o de personas nuevas que ha conocido. Manifestaciones de trastornos amnésicos como agnosia (no reconoce para que sirve un determinado objeto) y prosopagnosia (no puede reconocer rostros), así mismo se empieza a dar el olvido de los nombres de quienes lo rodean, incluso de personas cercanas.
PERCEPCIÓN	Varias percepciones sensoriales se ven afectadas ya que existen complicaciones en las mismas por el déficit cognitivo que se presenta, por ejemplo: los pacientes de Alzheimer suelen percibir al ruido del correr del agua como un peligro y se muestran muy ansiosos y aterrados frente a la misma.
ATENCIÓN	Cada vez son más reducidos los periodos de atención y concentración por lo que no pueden terminar o concluir tareas que inician, incluso seguir secuencias cortas para llegar a objetivos simples: como ir al baño para cepillarse los dientes (no recuerdan la secuencia o proceso de las actividades cotidianas).
ORIENTACIÓN	Desorientación espacial y temporal, los pacientes no saben dónde se encuentran, mucho menos pueden recordar la fecha o la hora sin ayuda. De igual manera se les dificulta recordar donde han guardado algún objeto. Actividades como conducir vehículos se vuelven peligrosas por que pierden la noción de orientación.

PENSAMIENTO	Se presenta fatiga cognitiva por lo que se rehúsan a realizar actividades donde se deba ejercitar el pensamiento o se cansan más rápido para concretar tareas de este tipo, sobre todo de cálculo, escritura y lectura.
LENGUAJE Y COMUNICACIÓN	El lenguaje es menos fluido y presentan problemas léxicos y de sintaxis por el olvido de algunos términos. Surge el aparecimiento de trastornos de lenguaje como: anomia (no poder nombrar la palabra), utilización de muletillas o genéricos de vocabulario hasta llegar a cuadros afasoides. En esta primera etapa se puede dar mucha paráfrasis verbal por parte del paciente quien aún es consciente de no poder encontrar las palabras para decir algo. Incluso se presenta mutismo por vergüenza a los errores verbales.
INTELIGENCIA	Aparecen algunas deficiencias intelectuales, deterioro cognitivo, se le complica actividades numéricas como suma y resta, son incapaces de tomar decisiones o resolver de problemas.
APRENDIZAJE	Dificultad para aprender nuevas cosas ya que la memoria reciente o a corto plazo es la primera en verse afectada por lo tanto el aprendizaje sufrirá una alteración evidente.
MOTIVACIÓN	Falta de motivación para realizar cualquier tipo de actividad cotidiana por lo que surge el sentimiento de apatía y pérdida de energía, así el paciente puede mostrar episodios depresivos, se observa pérdida de iniciativa y desinterés por actividades que antes le llamaban la atención al paciente como su trabajo o compartir con amigos o familia.

EMOCIÓN	Entre las emociones principales que se manifiestan se encuentra: la angustia, pánico, irritabilidad, agresión, confusión. Lo que causa que el paciente empiece a actuar de una manera descortés, egoísta y mal educado con quienes lo rodean.
----------------	---

(Muñoz, T. 2017)

Fase Intermedia o Moderada: Suele durar de 3 a 5 años y en esta fase la sintomatología de la etapa leve se verá agravada; a diferencia de los inicios de la enfermedad, en este periodo se presentan insomnio o alteraciones de sueño –vigilia, mucho más frecuentes, además de olvidos que son mucho más significativos, como el nombre de familiares cercanos, incluso reconocer sus rostros y aspectos de su vida personal como edad o su propio nombre. Estos mismos olvidos en la vida de la persona pueden alterar su estado anímico ya que cada vez la persona se encuentra más aislada de su núcleo familiar y de amigos porque es mucho más complicado que pueda entablar relaciones sociales y la sintomatología depresiva se puede ver agravada. De igual manera se vuelven mucho más agresivos, en especial con el cuidador principal ya que dependen de este y se ven limitados a realizar diferentes actividades de manera autónoma (López, 2015).

En este periodo la memoria remota se encuentra ya más deteriorada. En cuanto al lenguaje, cada vez es mayor el vocabulario que olvidan y las palabras pueden no ser bien articuladas por lo que muchas veces no será fácil entender lo que están hablando, su discurso no tiene coherencia con frecuencia de errores y uso de neologismos y en cuanto la capacidad de escritura esta se ve reducida (López, 2015). En esta etapa se puede dar la aparición de síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios, entre otras; es necesario estar muy atento a estos síntomas y su manifestación ya que si estos son frecuentes al compartir con amigos o familiares se podría referir a un Alzheimer asociado con cuadro de delirium (Belloch, A. , Sandin, B. & Ramos, 2008).

Es importante que en esta etapa la familia esté preparada para buscar un cuidador fijo, sea este un miembro familiar o alguien externo a la misma ya que el paciente irá perdiendo su independencia y necesitará de los cuidados de un tercero ya que será incapaz de sobrevivir sin supervisión.

Fase Avanzada o Grave: En la última etapa del Alzheimer el paciente se vuelve absolutamente dependiente pues se da un deterioro de todas las funciones ya que es incapaz de realizar actividades de rutina diaria o cotidianas como el comer, vestirse o ir al baño por sí solo, incluso se presentan cuadros de incontinencia urinaria o fecal; es decir que la persona ya no puede sobrevivir por sí mismo, sino que necesita de alguien más para hacerlo. La memoria está más deteriorada que nunca, pues ya no solo olvida hechos recientes sino también aquellos recuerdos de épocas antiguas se le complican recordar hasta que se olvidan por completo de toda su historia vital (López, 2015).

Las relaciones sociales se verán completamente afectadas y pierde todo contacto con su entorno pues su lenguaje estará más desestructurado que antes y lleno de muletillas por lo que será imposible de ser entendido por quienes lo rodean hasta reducirse a un vocabulario de un sí y un no en muchos casos. En cuanto a lo conductual el paciente al sentirse tan confundido y angustiado por no ser capaz de entender lo que pasa en el mundo exterior puede llegar a la agresión verbal e incluso física a sus allegados cuando aún exista motricidad, pues en esta fase se presenta pérdida motriz y es muy común que escojan una posición fetal si queda postrado en cama por la pérdida de la misma e incluso se puede manifestar síntomas de la enfermedad de Parkinson (López, 2015). Presenta agnosia visual con incapacidad de reconocer hasta su propia imagen y mucho menos la de los demás y de los objetos a su alrededor (Belloch, A. , Sandin, B. & Ramos, 2008). Por esto, En la etapa final de la enfermedad la familia no puede hacer mucho por el paciente más que brindarle cuidados básicos, como aseo personal y alimentación pues en cuanto al aspecto afectivo las muestras de cariño hacia la persona serán muy difíciles de ser percibidas ya que son muy cortos o nulos los momentos de lucidez del paciente.

2. CAPÍTULO 2: PSICOEDUCACIÓN DESDE EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

2.1 Antecedentes del Modelo Integrativo

A lo largo del tiempo han existido varios aportes alrededor de la Psicoterapia que han sido sumamente relevantes. Desde los años 30 se registran diversas publicaciones que hacen mención y dan cuenta de las muchas semejanzas y relación que hay entre varios enfoques de la Psicología y es por esta razón que muchos autores, entre ellos Goldfried en 1980 propone un modelo que integre todas las semejanzas que presenta cada enfoque. Por lo que a mediados de los años 80, inicia la formación de (S.E.P.I) Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, que es una organización que no se limita a un solo enfoque de la Psicoterapia, sino más bien opta por la integración de diferentes enfoques para que el proceso psicoterapéutico sea menos limitado. Por esta razón a través de la Psicoterapia Integrativa cada vez son más los psicoterapeutas que optan por utilizar técnicas de variados enfoques sin quedarse en uno solo, con el fin de no limitar las diversas posibilidades de ejecución y resolución en el proceso psicoterapéutico, pretendiendo sintetizar el exceso de enfoques en uno solo y de esta manera ampliar las herramientas a utilizar dentro de la intervención psicoterapéutica tomando en cuenta que no existe una que sea considerada mejor que las otras (Opazo, 2001).

Más tarde, en los años 90 se publica el *“Journal of Psychotherapy”* y el *“Manual de Integración y Psicoterapia”*. En América Latina el Modelo Integrativo aparece por primera vez en Argentina, en el año 1992 con la publicación *“Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia”* por el psicólogo Héctor Fernández- Álvarez. En ese mismo año en Chile también aparecen otras publicaciones muy relevantes como la de Roberto Opazo *“Fuerza de cambio en Psicoterapia: un Modelo Integrativo”* y en 2001 *“Psicoterapia Integrativa: delimitación clínica”* que permiten que el Modelo Integrativo logre extenderse por todo el continente americano (Opazo, 2001).

En Ecuador el psicólogo clínico y psicoterapeuta integrativo Lucio Balarezo desarrolla en el año 2002 el *“Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad”* y en el año 2003 se forma

la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa (SEAPsI) (Balarezo, 2010).

El Modelo de Psicoterapia Integrativa Focalizado en la Personalidad, es una recolección de las diferentes teorías psicológicas que han sido efectivas dentro del proceso terapéutico, para que a través del mismo no se deje a ninguna de lado, por lo que este modelo psicoterapéutico -científico cuenta con bases epistemológicas, metodológicas y teóricas (Balarezo, 2015).

Así mismo este Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad propone, no solo intervenir desde los diferentes enfoques que han obtenido resultados exitosos en la Psicoterapia, sino también tomar en cuenta la realidad contextual de cada paciente, como su cultura, costumbres e idiosincrasia que va a ser diferente en cada paciente dependiendo su origen, para de esta manera ser un proceso más personalizado que tiene como objetivo que a través de la Psicoterapia se obtenga una mejor calidad de vida en la sociedad ecuatoriana (Balarezo, 2015).

La construcción de este Modelo parte de las interrogantes realizadas dentro del contexto ecuatoriano como: “¿Qué demandan nuestros pacientes cuando buscan ayuda? ¿Cuáles son las características del paciente ecuatoriano? ¿Qué procedimientos satisfacen las demandas de los pacientes? ¿Qué pesa más durante el proceso psicoterapéutico?” (Balarezo, 2015, p. 177-178). Interrogantes que han sido indispensables para entender la realidad ecuatoriana y desde esta poder intervenir de manera adecuada obteniendo resultados satisfactorios.

2.2 Bases teóricas del Modelo Integrativo

El Modelo Integrativo tiene como eje fundamental la personalidad que es propia y única de cada individuo por lo que se debe empezar definiendo que es ésta para una mayor comprensión del modelo.

Personalidad:

La personalidad es una estructura interna y única de cada persona formada por el conjunto de características psicológicas que se manifiestan en todas las áreas funcionales del individuo (Millon, 2004), es decir la personalidad es una integración intrínseca y dinámica

de los factores psicológicos, biológicos y socioculturales que rigen la forma de percibir, sentir, pensar y actuar del ser humano. La personalidad no es fija sino más bien se encuentra en constante cambio de acuerdo a los factores ambientales, sociales y biológicos por los que el individuo atraviese para su supervivencia (Balarezo, 2010).

A pesar de que la personalidad es lo que hace que cada individuo se diferencia de otro siendo único e irrepetible existe una clasificación para poder delimitar los diferentes tipos de personalidad existentes. Las diferentes clasificaciones de la personalidad se han venido dando desde la antigua Grecia cuando Sócrates hizo una clasificación de cuatro tipos de personalidades diferentes y desde esta clasificación hasta la actualidad han existido diversas clasificaciones de tipos de personalidad según las diferentes teorías (Cloninger, 2003). Y es posible considerar un tipo de personalidad y designarla a alguien según los rasgos de la misma que puedan ser observables en el ser y actuar del individuo.

Los rasgos de personalidad son las diferentes características medibles que distinguen el comportamiento de una persona a otra, es decir el rasgo de personalidad es mucho más específico que la tipología, por lo que el conjunto de varios rasgos de personalidad es lo que clasifica el tipo de personalidad de un individuo y los rasgos al ser cuantitativos son mucho más minuciosos y detallados por lo tanto existe un sin número de rasgos para poder tipificar (Cloninger, 2003). Pero también es necesario tomar en cuenta el desarrollo de la personalidad que se refiere a los diferentes factores y eventos que suscitan a lo largo de la vida de una persona ya que también son determinantes importantes que influyen en la personalidad del individuo (Balarezo, 2010).

2.2.1 Perspectivas de estudio de la personalidad

Enfoque nomotético: Es el estudio de las variables generales que existen de un individuo a otro, como los tipos, rasgos, factores, motivaciones entre otros, y una vez que se ha visto cada unidad y variable que forma la personalidad sea posible comprenderla sin recurrir a la individualidad de una persona. El enfoque nomotético busca generalidades comunes de la personalidad que puedan ser aplicadas en diferentes personas (Millon, 2004).

Enfoque Ideográfico: Es el estudio de cada individuo sin hacer comparaciones. Este enfoque se basa en las particularidades que hacen que una persona sea única, es decir en la

individualidad y singularidad de cada persona por lo que no se puede aplicar generalidades comunes y descartando las comparaciones ya que debe basarse en una descripción biográfica detallada de cada individuo que nunca será igual a la de otro. Es por esta falta de comparación que se la descarta como ciencia (Millon, 2004)

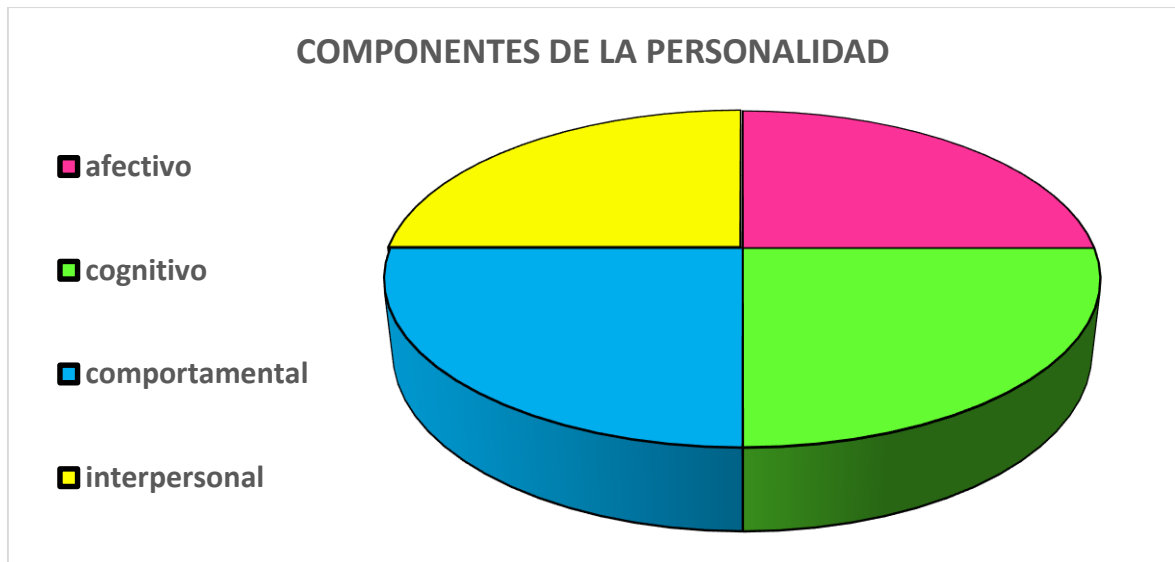
Perspectiva integradora del Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad: Tanto el enfoque nomotético como el ideográfico tienen su validez pero no son completos ya que el nomotético no toma en cuenta la singularidad del individuo y el ideográfico deja de lado las generalidades que permiten hacer comparaciones. Por lo tanto el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad busca sintetizar estos dos enfoques para de esta manera poder complementar y cubrir las carencias que cada uno presenta. Tomando en cuenta la importancia de la singularidad e individualidad de cada persona pero sujetando la misma a comparaciones con referentes grupales de generalidades comunes que se puedan percibir en otros individuos (Balarezo, 2010).

Es decir, la perspectiva integradora, busca resaltar la importancia de cada uno de estos enfoques y complementarlo y así ver a la biografía de un ser como única e irrepetible pero sin dejar de lado los constructos comunes que puedan existir con otras biografías para poder ser comparada una con la otra. La personalidad de un individuo no se reduce tan solo a constructos comunes y generalidades pero se necesita poder comparar a un individuo con otro para que la personalidad del mismo pueda ser explicada (Balarezo, 2010).

De esta manera el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad tiene como propósito dentro de Psicoterapia intervenir de acuerdo a la individualidad psíquica y personalidad propia de cada individuo tomando en cuenta el tipo de personalidad del mismo según esos constructos comunes y generales que existen con otras personas por experiencias sociales o familiares que permiten ser los referentes para determinar los tipos de personalidad (Balarezo, 2010).

2.3 Tipología de la personalidad

La tipología de personalidad en el Modelo Integrativo sirve para proporcionar direcciones en la apreciación clínica del diagnóstico, en el acercamiento terapéutico, en el señalamiento de objetivos y la precisión de técnicas que se empleen en el proceso psicoterapéutico (Balarezo, 2015). Para la clasificación de la personalidad en diferentes tipos se plantea cuatro ejes fundamentales del comportamiento de los seres humanos, los cuales son generales y están presentes como componentes de todas las personalidades y estos son:



(Balarezo, 2010)

Gráfico 1. Componentes de la personalidad

2.3.1 Personalidad con predominio afectivo

Dentro de este tipo de personalidad se encuentran los histriónicos quienes buscan la aprobación de los demás y los ciclotímicos que a pesar de ser muy sociales, mantienen mejores habilidades intrapersonales.

Tabla 4. Rasgos característicos de personalidad histriónica y ciclotímica

Rasgos Característicos	
HISTRIÓNICA	CICLOTÍMICA
<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de apoyo y elogio. • Incomodidad cuando no es el centro de atención. • Vanidad en su apariencia y conducta • Utilización de aspecto físico para llamar la atención. • Exageración en la expresión emocional. • Inestabilidad, labilidad y excitabilidad. • Cambios de humor. • Sugestionable y fácil de influenciar. • Relaciones superficiales. • Comportamiento seductor. • Generosidad para ser elogiado. • Manipulación por medio de su verbalización. • Considera sus relaciones más íntimas de lo que son. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oscilación de su estado de ánimo. • Periodos de lenificación orgánica y psíquica y aceleramiento funcional. • Contacto social fácil, agradable, alegre y franco, con periodos de retraimiento. • Hipersensibilidad. • Colaboración y preocupación por los demás. • Generosidad espontánea. • Poca tolerancia. • Estado afectivo positivo: se muestra trabajador, optimista, fácil de diálogo, participativo y organizador. • Estado afectivo negativo: triste, pasivo, despreocupado por su aspecto, y retraído.

(Balarezo, 2010)

2.3.2 Personalidad con predominio cognitivo

A este grupo pertenecen los anancásticos quienes desarrollan un autocontrol interno a diferencia de los paranoides quienes buscan tener el control absoluto incluso de factores externos.

Tabla 5. Rasgos característicos de personalidad paranoide y anancástica

Rasgos Característicos	
PARANOIDE	ANANCÁSTICA
<ul style="list-style-type: none"> • Suposiciones de engaños. • Desconfianza. • Predisposición al rencor y celos. • Contrataque ante la humillación. • Recolección de datos para su defensa. • Generosidad por poder. • Sospecha a lo que lo rodea. • Preocupación por dudas sobre la lealtad o fidelidad. • Albergue de rencores. • Tendencia a generalizar acciones como amenazas • Frialdad, egocentrismo y rigidez. • Sentido combativo. • Interés por el poder y rango social. • Propensos a ser competentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de la perfección. • Rectitud y escrupulosidad. • Preocupación por los detalles, orden y reglas. • Sometimiento a pensamientos y criterios de los demás. • Apego al trabajo y productividad. • Inflexibilidad en relación a la limpieza • Represión afectiva. • Falta de generosidad. • Incapacidad para separarse de objetos. • Indecisión. • Tendencia a conductas rígidas

(Balarezo, 2010)

2.3.3 Personalidad con predominio comportamental

Este tipo de personalidad se caracteriza por la activación de la conducta inmediata a este grupo pertenecen los impulsivos en los cuales existe control sobre sus acciones y los disociales que carecen de la ley y el autocontrol

Tabla 6. Rasgos característicos de personalidad impulsiva y disocial

Rasgos Característicos	
IMPULSIVO	TRASTORNO DISOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones intensas e inestables. • Impulsividad. • Gusto por la actividad de riesgo y competencia. • Alta tolerancia al dolor. • Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono. • Alteración de la identidad con autoimagen y sentido de sí mismo. • Inestabilidad afectiva. • Sentimientos de vacío. • Actitudes explosivas al recibir críticas. • Impulsividad en áreas que pueden implicar riesgo para sí mismo como: sexo, abuso de sustancias, gastos, atracones de comida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta irresponsable. • Mentiras, hurtos, vandalismo, holgazanería, fugas, y crueldad física. • Fracaso de actividad laboral y de obligaciones económicas familiares y sociales. • Impulsividad, irritabilidad, agresividad y violencia. • Despreocupación por la seguridad. • Falta de remordimiento. • Falta de empatía. • Incapacidad para las relaciones personales. • Baja tolerancia. • Carencia de aprendizaje a través de la experiencia. • Falta de sometimiento a normas sociales. • Peleas físicas o agresiones.

(Balarezo, 2010)

2.3.4 Personalidad con déficit relacional

En este grupo existe una tendencia a la intimidad personal y dificultad en la interacción social. Los esquizoides muestran desinterés en el contacto con otros, los dependientes requieren del otro, los evitativos sienten inseguridad en su interacción social y los esquizotípicos se apartan de los demás por medio de sus extravagancias.

Tabla 7. Rasgos característicos de personalidad esquizoide y dependiente

Rasgos Característicos	
ESQUIZOIDE	DEPENDIENTE
<ul style="list-style-type: none"> • No disfruta en las relaciones estrechas. • Actividades solitarias y distantes. • Frialdad afectiva y reprimida, falta de expresión de sentimientos. • Dificultad para experiencias interpersonales y sexuales. • Indiferencia a la aprobación. • Fantasioso. • Incapacidad para sentir placer. • Poco disfrute de actividades. • Escasa relaciones sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para la toma de decisiones. • Necesita de aprobación de los otros. • Poca Iniciativa. • Realización de actividades desagradables por búsqueda de aceptación. • Incomodidad ante la soledad. • Extremo sufrimiento por pérdidas. • Temor al abandono. • Sensible a la crítica y desaprobación. • Dependencia y sumisión. • Permite que otros tomen responsabilidad sobre su vida. • Colaboración y disciplina.
EVITATIVA	TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO
<p>Hipersensibilidad a los contactos interpersonales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escasas relaciones íntimas. • Establecimiento de vínculos solo si son seguros con la aprobación del otro. • Evación de actividades sociales complejas. • Reservado. • Huida a dificultades, riesgos y peligros. • Preocupación por las críticas y rechazos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias raras y pensamiento mágico. • Experiencias perceptivas inhabituales. • Pensamientos y lenguajes metafóricos, extraños, circunstanciales o vagos. • Ideación paranoide. • Afectividad inapropiada o restringida. • Comportamiento excéntrico. • Falta de amistades y desconfianza. • Ansiedad social excesiva.

<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de sí mismo como carente de habilidades sociales. 	
--	--

(Balarezo, 2010)

2.4 Estructura de la personalidad en el Modelo Integrativo

La personalidad está compuesta por diferentes factores que son bio-psico-socioculturales los cuales se explican a continuación:

Componentes biológicos de la Personalidad: Son factores que están determinados por la fisiología de nuestro organismo como es: la herencia y genética sobre la cual varios estudios han demostrado que a pesar de que esta influya en los rasgos de personalidad de un individuo no es un determinante de la misma ya que esta puede ser modificada de acuerdo a la evolución de factores predecibles e impredecibles del mismo. De igual manera los mecanismos neuropsicológicos, bioquímicos y endócrinos muestran una cierta influencia en la personalidad del individuo sin convertirse en los únicos determinantes (Balarezo, 2010).

Componentes psicológicos y socioculturales de la Personalidad: Estos componentes son de suma importancia como influencia de la personalidad pues los individuos son seres sociales desde el nacimiento que crecen en una determinada cultura la que les atribuye un sin número de factores ambientales, comportamentales e interpersonales con los que se encuentran en constante interacción formando una personalidad única en cada individuo sin perder las similitudes con otros que han adoptado características comportamentales parecidas (Balarezo, 2010).

2.5 Bases metodológicas del Modelo Integrativo

La metodología del Modelo Integrativo está centrada en dos definiciones importantes y complementarias, el Asesoramiento y la Psicoterapia

Definiciones generales

Asesoramiento: Es una actividad interpersonal orientada a una relación de ayuda que se da en la práctica de la Psicología. Es decir, el Asesoramiento es un proceso de relación entre un terapeuta que pueda ayudar por medio de métodos psicológicos establecidos a través de normas, valores y metas en común para dar solución a diversas dificultades que presente el paciente y que no pueda manejarlas por sí solo, sobre todo en el ámbito psicológico y de salud mental (Balarezo, 1998).

El Asesoramiento es una herramienta psicológica que sirve como un proceso de interacción entre psicólogo- paciente para dar y recibir ayuda estableciendo objetivos entre las dos partes y así mejorar aquellos ámbitos contraproducentes y perjudiciales para el individuo. El psicólogo brinda diversas alternativas de sentimiento, pensamiento y comportamiento frente a las acciones contraproducentes para mejorar o eliminar las mismas. Es necesario que exista la participación interactiva de las dos partes para un favorable proceso de Asesoramiento (Wayne. W. & Vriend, 2016).

Psicoterapia: Es un método que se usa para trabajar sobre enfermedades mentales, problemas emocionales y conductuales a través de diversas técnicas de Psicología como la palabra. Es decir la Psicoterapia es el proceso de tratamiento psicológico entre terapeuta y paciente, el mismo que tiene como elemento principal la palabra (Balarezo, 2003).

La Psicoterapia es un proceso de tratamiento de problemas psíquicos a un individuo ya sean estos de carácter emocional o conductual que afecten su calidad de vida y la de su entorno por presentación de posibles cuadros patológicos. La Psicoterapia es ejercida por un profesional autorizado como psicólogos o psiquiatras a través de técnicas adecuadas para poder trabajar en la salud mental del paciente. Este proceso también es conocido como terapia verbal ya que uno de sus principales elementos es el habla, por medio del cual el paciente hablará de su malestar pero el profesional podrá hablar de las posibles soluciones o manejo del mismo (Depression and Bipolar Support Alliance, 2006)

A partir de las anteriores definiciones los dos conceptos coinciden en ser útiles y aplicables en cualquier institución donde el objetivo sea trabajar sobre la salud mental de los individuos pues los dos son relaciones de ayuda y es por esto que resulta difícil delimitar uno de otro.

Diferencias entre Asesoramiento y Psicoterapia

El siguiente cuadro describe las diferencias que existen entre Asesoramiento y Psicoterapia, el mismo que intenta mostrar cual es el trabajo y objetivo de cada proceso, además de las áreas en las que debe ser usado cada uno como una herramienta de intervención y la duración de los mismos.

Tabla 8. Diferencias entre Asesoramiento y Psicoterapia

ASESORAMIENTO	PSICOTERAPIA
Proceso de tratamiento para cualquier individuo que presente dificultad en algún aspecto personal o de sucesos cotidianos	Proceso de tratamiento para individuos que presenten enfermedades psíquicas
Se puede relacionar con la Psicología organizacional y educativa	Relacionada exclusivamente con la Psicología Clínica
Puede aplicarse en instituciones laborales y educativas	Aplicada directamente en áreas de la salud como hospitales, psiquiátricos, etc.
Proceso de intervención corto	Proceso más profundo y duradero

(Balarezo, L. 2017)

Alcances y límites de la Psicoterapia y Asesoramiento

Los procesos de Psicoterapia y Asesoramiento están rodeados de creencias y prejuicios sobre su importancia, existen algunos que creen que estos dos conceptos no proporcionan ningún beneficio a los pacientes y también otros con ideas de que la Psicoterapia puede ofrecer más beneficios de los reales; es por esto necesario aclarar las limitaciones y los alcances de estas dos herramientas para conservar la importancia de su validez.

- El Asesoramiento y la Psicoterapia son más recomendados de ser utilizados en algunos trastornos como: en la Neurosis o enfermedades psicosomáticas a diferencia de las psicosis o psicopatías donde se muestran escasos beneficios.

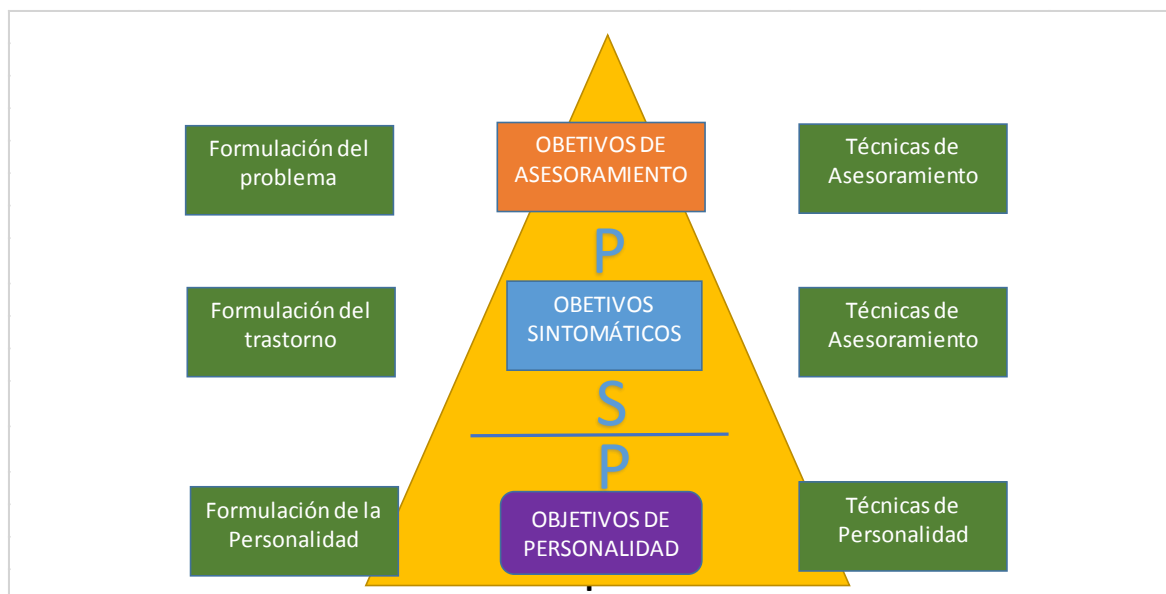
- En la medicina general se ha sugerido su uso, no solo en enfermedades psicosomáticas, sino también en varias especialidades médicas.
 - Su efectividad depende del manejo adecuado de las mismas por parte del terapeuta y de la experiencia que este tenga.
 - Su eficacia está directamente relacionada con varios factores que rodean al paciente como su personalidad o cronicidad de su trastorno, además de los factores sociales, culturales y económicos con las que este cuente.
 - Muchas veces pueden servir como auxiliares de otras técnicas
 - El uso y práctica de las mismas no mejorará las funciones cognitivas
- (Balarezo, 1998)

2.6 Objetivos del Asesoramiento

Desde el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad, se establece diferentes niveles de intervención psicoterapéutica, siendo la personalidad el nivel más profundo y de mayor complejidad, por lo que resulta necesario formular adecuadamente los objetivos y establecer las técnicas más pertinentes acorde a la personalidad de cada individuo. Del mismo modo se reconoce el trabajo clínico sobre la sintomatología, identificando aquí mayor facilidad para reconocer los objetivos del paciente y las técnicas a utilizarse, y finalmente el trabajo sobre el Asesoramiento que se focalizará en la resolución de conflictos o problemas de adaptación a las diferentes situaciones y condiciones propias de la vida cotidiana, en este contexto el trabajo se efectúa sobre el “aquí y ahora”, promoviendo estrategias que puedan ser utilizadas por el paciente para enfrentar los conflictos actuales sobre la base de sus propios recursos y estrategias de afrontamiento. El gráfico pretende explicar este dinamismo con el que se establece el trabajo tanto desde el Asesoramiento como desde la Psicoterapia.

El presente trabajo focalizará su atención en el Asesoramiento ya que desde aquí parte el desarrollo de la técnica de Psicoeducación.

A continuación se describirá en detalle los objetivos y técnicas de intervención.



(Balarezo, L. 2010)

Gráfico 2. Objetivos del asesoramiento

Descripción de Objetivos de Asesoramiento

- **Asesorar para la resolución de problemas y conflictos intrapersonales:** Ayudar al individuo a lidiar con los problemas que surgen dentro de sí mismo a consecuencia de la contradicción de ideas, emociones o pensamientos consigo mismo.
- **Resolver conflictos interpersonales:** Solucionar confrontaciones entre dos o más personas a causa de personalidades, valores, ideas o intereses opuestos.
- **Promover el desarrollo personal:** Fomentar un crecimiento personal a través de la transformación de ideas y pensamientos para obtener mejores comportamientos y conductas.

2.7 Técnicas de Asesoramiento

Estas técnicas son utilizadas para el trabajo en la resolución del conflicto, problemas de adaptación a las diferentes condiciones de vida por las que atraviesa el ser humano, entre otras. Considerando este antecedente resulta necesario incluir a la Psicoeducación como estrategia que permita enfrentar de manera más apropiada la enfermedad de Alzheimer fase 1, y adaptarse al nuevo contexto de vida tanto de forma individual como familiar.

Las técnicas que se utilizan son reconocidas de acuerdo a algunos aspectos básicos como lo son: la estructura de personalidad del paciente, la factibilidad en la aplicación y la experticia del profesional. A continuación se menciona algunas técnicas de Asesoramiento propuestas desde el Modelo Integrativo:

- **Resolución de problemas en conflictos intrapersonales y frustraciones**
- **Resolución de conflictos familiares e interpersonales o negociación modificación de actitudes**
- **Modificación de actitudes**
- **Programas de crecimiento personal:** Existen diferentes propuestas de esta técnica que son descritas a continuación:
 - **Autoestima:** Actitud y valor que se da a uno mismo, estado emocional y sentimiento hacia uno mismo (González-Arratia López Fuentes, 2001).
 - **Inteligencia Emocional y hemisferio derecho:** la inteligencia emocional se sitúa en el hemisferio derecho del cerebro y es la capacidad de tener control sobre las emociones propias (Goleman, 2008).
 - **PNL:** Programación Neurolingüística que sirve como estrategia psicoterapéutica para comunicarse de manera eficaz (Bavister, S. & Vickers, 2011).
 - **Resiliencia:** Capacidad de afrontar experiencias dolorosas o traumáticas y poder salir adelante obteniendo un aprendizaje de las mismas (Vallejo, 2014).
 - **Asertividad:** Habilidad de Actuar de acuerdo con lo que se siente y piensa de manera oportuna, siempre y cuando no se afecte a los derechos de los demás (Castanyer Mayer-Spiess, 2015).
 - **Desarrollo de habilidades Sociales:** Capacidad que permite relacionarse y adaptarse de manera adecuada a los diferentes entornos sociales en los que el individuo se desenvuelve (Peñafiel, E. & Serrano, 2010).
 - **Mentoring:** Relación entre dos personas (profesional-cliente) en la cual se pretende ayudar al segundo en su desarrollo personal y potenciar sus habilidades a través del conocimiento y experiencia del primero (Valderrama, 2009).

- **Coaching:** Es una práctica que ayuda a impulsar el desarrollo profesional y liderazgo de una persona a través de la guía y entrenamiento del coaching (Valderrama, 2009).

En el siguiente numeral se describirá a la Psicoeducación como estrategia que desde el Asesoramiento se utilizará para establecer intervenciones con los pacientes sujetos del estudio.

2.7.1 Psicoeducación

La Psicoeducación aparece por primera vez en el año 1911 en el artículo “Psychotherapy and re-education” por el médico John E. Donley, pero es en 1941, treinta años después que el termino Psicoeducación es usado en “The Psychoeducational Clinic” libro de medicina del neoyorquino Brian E. Tomlinson. El desarrollo y la divulgación de la palabra Psicoeducación hasta la actualidad se otorga a la investigadora estadounidense Carol M. Anderson desde 1980 por sus múltiples investigaciones realizadas para educar a las familias de pacientes con Esquizofrenia y que estos conozcan los síntomas y al proceso de la enfermedad, además de técnicas de manejo de estrés para evitar recaídas de los pacientes. Es desde entonces que el término Psicoeducación puede ser utilizado para diferentes modalidades como espacios terapéuticos, de convivencia o de esparcimiento (Campero & Ferraris, 2014).

La Psicoeducación es una técnica que busca informar al individuo sobre un tema específico desde una perspectiva multidimensional proporcionando al mismo, todas las herramientas informativas necesarias para actuar frente a la situación o acontecimiento de una manera más asertiva. Las escasas investigaciones que existen hasta la actualidad sobre la aplicación de la Psicoeducación están limitadas a la Esquizofrenia y Trastorno Bipolar. En los años 90 se realizaron diferentes estudios los cuales constataron que cuando existía Psicoeducación para los pacientes y familiares que padecían estas patologías, se evidenciaba una mejoría, sobretodo de tipo emocional en comparación a pacientes que no habían recibido Psicoeducación. Existen dos modelos de Psicoeducación: el primero que se basa en la información, es de menor duración y prioriza todo el conocimiento teórico de la enfermedad y un segundo modelo, el cual se basa en la conducta que suele ser de mayor duración y se

priorizan aspectos prácticos como la intervención frente a una recaída y hábitos a seguir para controlar los síntomas de la enfermedad (Campero & Ferraris, 2014).

La Psicoeducación es un proceso de intervención que se basa en la información que se brinda al paciente sobre la enfermedad que padece para que a través del conocimiento total de los síntomas, tratamientos y progreso de la misma pueda mejorar la calidad de vida del individuo y de su entorno. Este proceso tiene como objetivo la comprensión teórica y práctica del paciente frente a determinada dolencia para reforzar sus recursos propios y así enfrentar la situación de una mejor manera, además a través de la Psicoeducación es posible evitar recaídas, disminuir carga emocional, conocer los tratamientos y terminar con prejuicios inciertos (Campero & Ferraris, 2014).

En cuanto al Trastorno Bipolar, la Psicoeducación es considerada como una de las técnicas más comunes en el abordaje de familiares y parejas de personas diagnosticadas con este trastorno, por sus beneficios, ya que a más de ser una técnica que educa sobre el trastorno, también promueve conductas saludables para el paciente, evitando de esta manera los comportamientos riesgosos que desencadene los síntomas de esta enfermedad (Rodríguez, E., Lopez, A. & Fagnani, 2014).

En Europa y Estados Unidos la Psicoeducación estuvo incluida en el tratamiento de las clínicas de Litio, en el cual los pacientes con Trastorno Bipolar eran informados sobre el concepto e implicaciones de la enfermedad, como también de su tratamiento, para después monitorear los niveles séricos de litio, para constatar el cumplimiento farmacológico, estos procedimientos solían ser de corta duración y su eficacia era escasa. Es por esta razón que en la actualidad los programas de Psicoeducación para estos pacientes no se limitan a solo dar información sino que también promueven el adecuado comportamiento y hábitos de estos frente a su trastorno, por lo que el proceso suele durar más que antes, además estos encuentros de Psicoeducación son realizados en forma grupal, lo que permite que los pacientes y familiares compartan experiencias y se sientan identificados unos con otros sin creer erróneamente que son los únicos que atraviesan esta situación (Rodríguez, E., Lopez, A. & Fagnani, 2014).

Es por esto que los datos de investigaciones realizadas sobre la Psicoeducación en forma grupal, muestran que es una de las intervenciones que más soporte ha dado a familiares y pacientes con Trastorno Bipolar ya que al ser una herramienta multidimensional aborda el área psicológica, biológica y social sobre todo actuando en la prevención de recaídas o crisis

de este trastorno y brindar más posibilidades para una mejor calidad de vida del paciente bipolar (Rodríguez, E., Lopez, A. & Fagnani, 2014).

En la Esquizofrenia se evidencia que la Psicoeducación ha sido aplicada a los pacientes que han padecido esta enfermedad, como también a sus familiares y ésta se ha dado de manera individual o grupal, han existido algunos procesos rápidos que han constado de menos de 10 sesiones y procesos largos los cuales han sobrepasado este número de sesiones con el objetivo de otorgar información completa sobre la enfermedad y su tratamiento. Este proceso psicoeducativo es impartido por un profesional de la salud mental o puede ser expuesto por pacientes que atraviesen el trastorno o por sus familiares y busca dar a conocer de una manera global y completa todo lo relacionado con la Esquizofrenia, este proceso inicia desde la hospitalización del paciente hasta grupos de apoyo creados para personas que sufren de este trastorno (Zapata Ospina, Rangel Martínez-Villalba, & García Valencia, 2015).

2.8 Psicoeducación desde el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad

Dimensiones de la Psicoeducación

Cuando se trabaja con el proceso de Psicoeducación existen tres dimensiones que deben ser abordadas a través de las cuales se realiza la intervención, las mismas que se presentan a continuación:

Dimensión Biológica: A través de esta dimensión la Psicoeducación aborda la enfermedad de una manera global, es decir: su etiología, sus síntomas, rehabilitación, antecedentes, fármacos y los efectos secundarios de los mismos; es necesario hacer gran énfasis en el tratamiento, lo que podría disminuir los niveles de angustia y preocupación del paciente además de desmentir algunas creencias erróneas de la enfermedad. Si es necesario esta dimensión se puede abordar desde un enfoque multidisciplinario en el cual diferentes profesionales intervengan de acuerdo a la información que precise el paciente para resolver todo tipo de inquietudes y dudas que este manifieste (Velasquí, 2017).

La información que se ofrece al paciente con Alzheimer o a sus cuidadores desde esta dimensión puede ser indispensable para desmentir muchos mitos que ocasionan dudas y

miedos en cuanto existe un diagnóstico de esta demencia, principalmente porque al ser una patología sin etiología específica existirán muchas interrogantes entorno a este tema, de igual forma para estar al tanto del efecto que tienen los medicamentos para pacientes con Alzheimer, que no curan, pero si controlan la enfermedad y que la información pueda servir como guía de los cambios biológicos característicos en cada una de las tres etapas del Alzheimer

En la fundación TASE donde fue realizada la presente investigación, no era necesario trabajar desde la dimensión biológica ya que las autoridades del centro y el enfoque logoterapéutico con el que se trabajaba en el mismo, consideraban que el hablar con el paciente sobre todos los cambios biológicos de la enfermedad era una manera de hacerlo consciente de todo el sufrimiento por el cual iba a atravesar en las siguientes etapas. Es por esto que en la propuesta del programa de Psicoeducación no se aborda la dimensión biológica.

Dimensión Psicológica: Es una dimensión sumamente importante ya que debe ser la que tome en cuenta los pensamientos, emociones, conductas y comportamientos del paciente frente a su nueva realidad observando los recursos propios con los que cuenta este para afrontar la misma y sacar provecho a estos para no subir los niveles de estrés y angustia en el paciente, es por esto la importancia de trabajar bien cada una de las dimensiones, ya que si se realizó de manera adecuada la dimensión biológica, el paciente al sentirse informado tomará un sentido de realidad más acorde frente al acontecimiento que está suscitando. Es necesario conocer todos los sentimientos que presentó la persona frente al diagnóstico de la enfermedad para entender el impacto emocional que esto ocasionó, no solo en la persona sino también en la familia y su entorno. Dentro de esta dimensión se puede trabajar con grupos de apoyo, es decir, más personas que estén viviendo o hayan vivido un acontecimiento igual o parecido para que puedan superar cualquier dificultad acompañados de otros que están atravesando lo mismo (Velasguí, 2017).

Tomando en cuenta los aspectos psicológicos de la demencia de Alzheimer, el paciente atraviesa por alteraciones cognitivas como pérdida de memoria, falta de percepción, atención, orientación, concentración, problemas del lenguaje, entre otras. En cuanto al ámbito emocional y comportamental existe falta de motivación, apatía, angustia y confusión que muchas veces puede generar cuadros de depresión en el paciente.

Es por este motivo que para trabajar desde la dimensión psicológica se debe conocer los recursos físicos y ambientales con los que cuenta el paciente para afrontar todos estos cambios cognitivos y emocionales determinando el entorno en el que se desenvuelve el paciente y el tipo de personalidad de este. En esta investigación estos factores han sido relevantes para el diseño de la propuesta del programa de Psicoeducación por lo que es posible trabajar desde esta dimensión.

Dimensión Social: Con esta dimensión se busca la reinserción del paciente en su medio social, tanto con familias como amigos para evitar el aislamiento ocasionado por este miedo a la nueva situación que se está viviendo, sin embargo no es posible que el individuo vuelva a involucrarse en las mismas actividades sociales que realizaba antes de la enfermedad por limitaciones a causa de la misma, como la restricción de algunos deportes o festividades, pero tratar de que el paciente lleve una vida lo más parecida a antes de la enfermedad para que siga siendo un ser activo y su vitalidad no decaiga. Por medio de esta dimensión también se debe evitar los complejos sociales que el individuo tenga a causa de su diagnóstico, muchas veces creados por discriminaciones infundadas e ideas distorsionadas o falsas (Velasguí, 2017).

Los pacientes con Alzheimer tienden a aislarse de su entorno desde la primera etapa de la enfermedad, ya que al darse cuenta de los olvidos frecuentes y la poca capacidad de seguir el hilo de una conversación con otra persona generan desconfianza y vergüenza y por este motivo tienen un comportamiento mucho más introvertido que antes, a medida que avanza la enfermedad, dentro de esta primera etapa, existen indicios de problemas de lenguaje como falta de sintaxis al conversar lo que causa que las personas de su entorno al no ser capaces de entenderlos también busque alejarse de los pacientes con demencia de Alzheimer.

Esta investigación trabaja la Psicoeducación de pacientes con Alzheimer fase 1 desde la dimensión social para generar una reinserción de los pacientes con su entorno familiar y social, para que tanto ellos como su contexto puedan adaptarse de una mejor manera, haciendo que todos estos cambios que implica el Alzheimer sean mucho más llevaderos al sentirse parte de un grupo social.

3. CAPÍTULO 3: PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN EN PERSONAS CON ALZHEIMER

Esta investigación se realizó en el Centro Alzheimer Fundación TASE (trascender con amor, servicio y excelencia), ubicado en Tumbaco- sector El Arenal. Este es un centro del día (9 am- 1 pm) para personas que padecen esta demencia.

Los pilares fundamentales de esta fundación son:

- Brindar terapia para potenciar las capacidades de sus usuarios a través de actividades lúdicas físicas y mentales (“Fundación TASE -”, s/f).
- Realizar capacitaciones para los cuidadores de los enfermos con Alzheimer y que así estos conozcan diversas formas de intervención frente a la enfermedad y puedan comprender de una mejor manera los cambios que se manifestarán a lo largo de las diferentes etapas de esta dolencia (“Fundación TASE -”, s/f).
- Ofrecer contención emocional a los familiares y amigos de quienes padecen este mal a través de grupos de apoyo con diferentes temáticas (“Fundación TASE -”, s/f).

Su visión es inspirar a la comunidad para que reconozca la dignidad del paciente de Alzheimer y aliviar emocionalmente a la familia y cuidador de este (“Fundación TASE -”, s/f).

Su misión es trascender con amor servicio y excelencia concientizando a la ciudadanía sobre el mal de Alzheimer, ofreciendo atención al paciente y apoyo emocional al cuidador de este (“Fundación TASE -”, s/f).

3.1 Etapas del proceso de Psicoeducación

El programa de Psicoeducación en personas con Alzheimer Fase 1 de la fundación TASE, fue ejecutado en relación a las etapas del Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad, las cuales se describen a continuación.

3.1.1 Primera etapa

- **Determinación de la demanda, expectativas, motivaciones e inicio del proceso:**

Observación caso a caso: En un primer momento se inició con la observación directa del grupo “A” del Centro Alzheimer, fundación TASE, el mismo que estuvo conformado por 12 personas en el cual los individuos eran considerados como pacientes de la Fase inicial o leve de esta demencia ya que tenían menor pérdida de las facultades cognitivas que el resto de pacientes y la mayoría de ellos poco tiempo de haber sido diagnosticados con esta patología. En el periodo de observación se evidenció que las 12 personas que conformaban este grupo mostraban las siguientes características:

Tabla 9. Características observadas del grupo “A”

CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS
<ul style="list-style-type: none">• Realizaban actividades motrices como ejercicios físicos a diario y bailoterapia por largos periodos de tiempo, (aproximadamente 45 min).• La energía y vitalidad en este grupo aún era notoria a pesar de ser menos duradera que en una persona con envejecimiento normal, ya que se cansaban fácilmente porque su atención se encontraba dispersa.• Su independencia y apariencia física sobresalía frente a la de los demás pacientes del centro• Aunque todavía era posible entablar una conversación sencilla con estas personas, era muy difícil continuar con la misma ya que sus periodos de concentración cada vez se iban reduciendo por la presencia de esta enfermedad.• Durante las conversaciones que mantenían con familiares, trabajadores y compañeros de la fundación también era posible notar la presencia de muletillas y divagaciones, por lo que las relaciones sociales eran complicadas y esto daba como resultado que los pacientes se aislen• Este aislamiento, muchas veces les causaba frustración y por este motivo su ánimo era muy cambiante con diversos episodios de irritabilidad y ansiedad.

- En cuanto al déficit de la memoria a corto plazo, era fácil de identificar ya que se les complicaba recordar hechos u objetos que han sido aprendidos últimamente o personas que han conocen recientemente.

Conversatorios Individuales para crear Rapport: Una vez culminada la etapa de observación directa con una duración de 3 meses y con una frecuencia de 4 veces al mes, es decir, un total de 12 días de observación a estos 12 pacientes, se pudo conocer la dinámica habitual a la que estaban sujetos en la fundación y las problemáticas más usuales que existían en el grupo, se procedió a la realización de la primera entrevista individual que ayudó a establecer rapport y reconocer si a más de la demanda explícita existía una demanda implícita por parte de estos pacientes, así también para conocer los antecedentes y contexto de cada uno de los individuos y así facilitar el acercamiento y orientar el modo de intervención con los mismos para conseguir los objetivos planteados durante este proceso. (Anexo 2)

3.1.2 Segunda etapa

Investigación del problema o trastorno, la personalidad y el entorno:

La población con la cual se realizó el proceso de evaluación diagnóstica para esta investigación estaba constituida por 12 personas de la tercera edad, ocho de ellas de sexo femenino y las cuatro restantes de sexo masculino del Centro Alzheimer fundación TASE, quienes se encontraban en la fase 1 de esta demencia.

Tabla 10. Distribución de población para proceso de evaluación diagnóstica

PACIENTES CON ALZHEIMER FASE 1	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Mujeres	8	67%
Hombres	4	33%
Total	12	100%

(TASE, 2017)

En esta etapa se profundizó la información obtenida de los individuos en la etapa anterior con la elaboración de la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica Individual FIEPS (1), la misma que fue realizada con la colaboración de cada paciente, sin embargo frente a la patología que ellos padecen, la información que se necesitaba para llenar la ficha psicológica se vio limitada por los frecuentes olvidos propios de la enfermedad y algunos datos personales tuvieron que ser verificados con información de fichas anteriores que la fundación TASE facilitó para la culminación de las mismas.

Esta ficha facilitó información relevante de cada uno de los pacientes arrojando datos biográficos personales y familiares entorno a la demanda y una descripción cualitativa de su personalidad junto con las particularidades principales de su trastorno a través de los resultados de los dos reactivos aplicados a estos pacientes que estuvieron acompañados de una encuesta previa.

Esta encuesta fue realizada con el propósito de mantener el rapport establecido anteriormente con los pacientes conociendo la situación de estos dentro de la institución y evaluar el grado de satisfacción en cuanto a las actividades que realizan todos los días en la fundación TASE, además sobre las actividades que les gustaría que fuesen implementadas para su realización. Sin embargo, por los problemas de memoria a corto plazo que padecen, se pudo evidenciar que las respuestas frente a esta encuesta fueron poco razonadas y muy monótonas respondiendo con monosílabos y olvidando cuales son las actividades que realizan a diario, por esto no se pudo obtener una información significativa de esta encuesta pero si se logró mantener el rapport con cada uno de los pacientes.

Basándose en todo lo anteriormente realizado y la información recolectada, se eligió dos reactivos para ser aplicados a dicha población: el primero fue el Cuestionario de Personalidad SEAPsI con la finalidad de conocer rasgos que prevalezcan en cada uno de los pacientes e intervenir a través de la Psicoeducación según la personalidad de estos, creando actividades acorde a su tipo de personalidad. El segundo reactivo que se aplicó fue la escala Wechsler de memoria para evidenciar el nivel de pérdida de la misma y las fortalezas o debilidades cognitivas del paciente.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en los dos reactivos mencionados.

Resultados de Cuestionario de Personalidad SEAPsI a personas con Alzheimer fase 1 de la fundación TASE

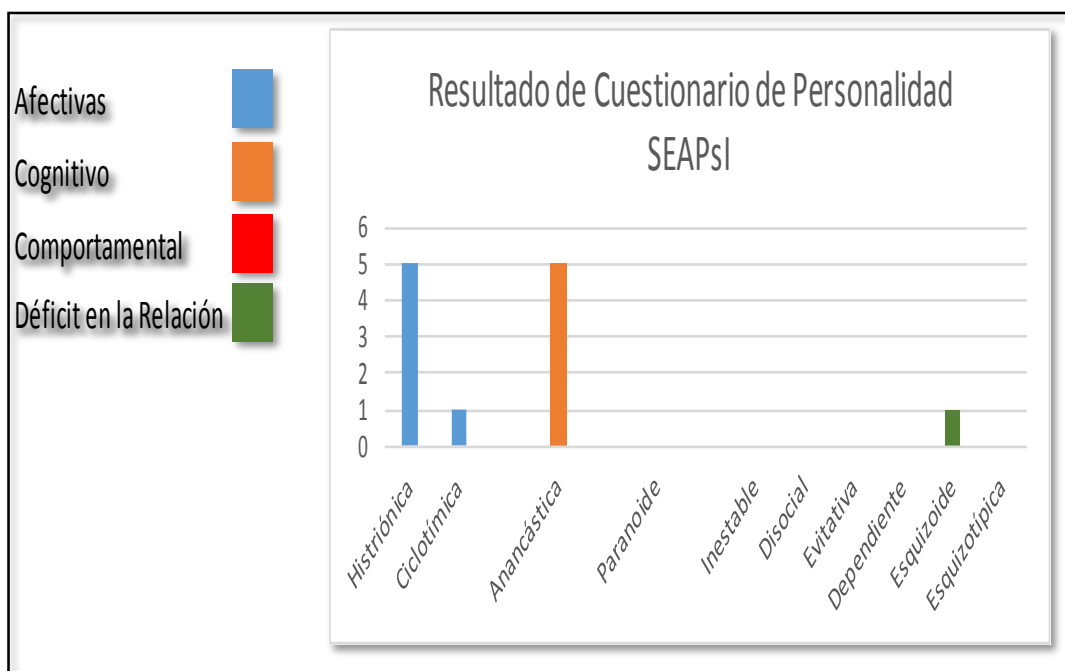


Gráfico 3. Resultado de cuestionario de personalidad SEAPsI

De las 12 personas a quienes se les aplicó el cuestionario de personalidad SEAPsI, 5 individuos obtuvieron predominio de rasgos Histriónicos y 1 de ellos predominio de rasgos ciclotimicos lo que representa que la mitad de la población tiene una personalidad afectiva. Los otros 5 sujetos mostraron predominio de personalidad cognitiva con rasgos anancasticos y la persona restante; predominio de rasgos esquizoides que constituye a la personalidad con deficit en la relación.

Habiendo obtenido dichos resultados se trabajará en torno a dos tipos de personalidad que predominaron en las personas con Alzheimer fase 1 y estas son la personalidad Afectiva y Cognitiva.

Resultados de Escala de Wechsler de Memoria en personas con Alzheimer Fase 1 de la fundación TASE

La escala de Wechsler de Memoria consta de 7 subpruebas importantes para medir los diferentes aspectos del funcionamiento de la memoria en adultos mayores y estas son:

Subprueba: Información

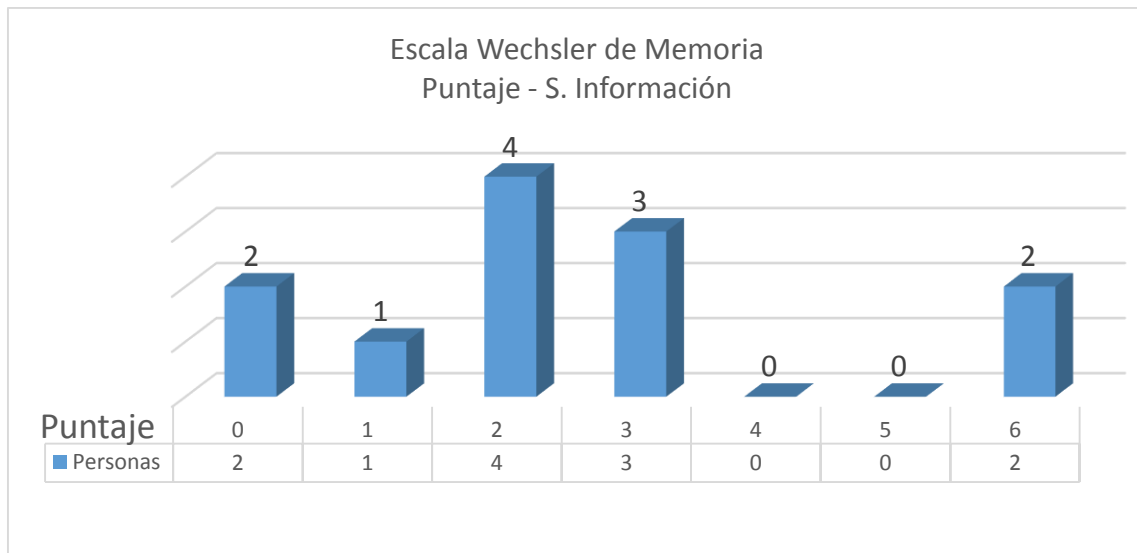


Gráfico 4. Puntaje Subprueba: Información

Del total de los pacientes, equivalente a 12 personas, 5 individuos obtuvieron un puntaje mayor o igual a 3 puntos y los 7 sujetos restantes obtuvieron una puntuación menor a 3 puntos sobre un puntaje total de 6 en esta subprueba.

Por lo tanto se concluye que un buen porcentaje de pacientes que equivale al 42 % obtuvieron buenos resultados, en relación al 58% que obtuvieron resultados poco favorecedores, lo que significa que el aspecto cognitivo de la información que se relaciona con la capacidad cerebral de almacenamiento de todo lo aprendido anteriormente como objetos, lugares personas etc.(Calero, M., & Navarro, 2012), tiene un deterioro notable en esta población.

Subprueba: Orientación

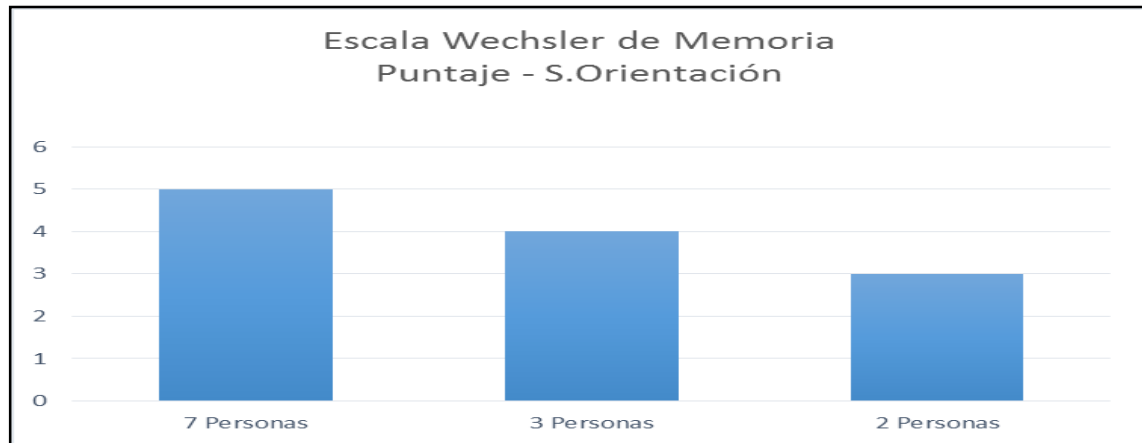


Gráfico 5. Puntaje Subprueba: Orientación

Del total de los pacientes, equivalente a 12 personas, 10 individuos obtuvieron un puntaje mayor o igual a 4 puntos y los 2 sujetos restantes obtuvieron una puntuación igual a 3 puntos sobre un puntaje total de 5 en esta subprueba.

Por lo tanto se concluye que la mayoría de pacientes que equivale al 83 % obtuvieron buenos resultados, en relación al 17% que obtuvieron resultados contrarios, lo que significa que la orientación que se relaciona con la capacidad de ser conscientes de nosotros mismos y del contexto en el cual nos encontramos en un momento determinado (Calero, M., & Navarro, 2012), no es un área de mayor dificultad en esta población.

Subprueba: Control Mental

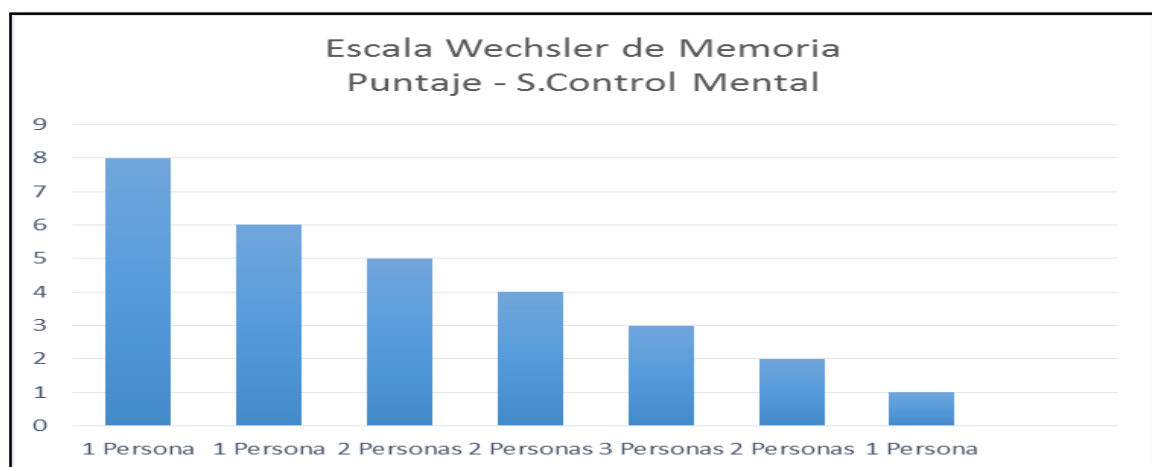


Gráfico 6. Puntaje Subprueba: Control Mental

Del total de los pacientes, equivalente a 12 personas, 4 individuos obtuvieron un puntaje mayor o igual a 4,5 puntos, equivalente a la media y los 8 sujetos restantes obtuvieron una puntuación menor o igual a 4 puntos sobre un puntaje total de 9 en esta subprueba.

Por lo tanto se concluye que muy pocos pacientes equivalentes al 33 % obtuvieron buenos resultados, en relación al 67% que obtuvieron resultados contrarios, lo que significa que el control mental que es la capacidad de ser conscientes de nuestros pensamientos, sentimientos y emociones para que estos no dominen nuestra conducta (Budson & Solomon, 2016), si se encuentra deteriorado en esta población.

Subprueba: Memoria Lógica

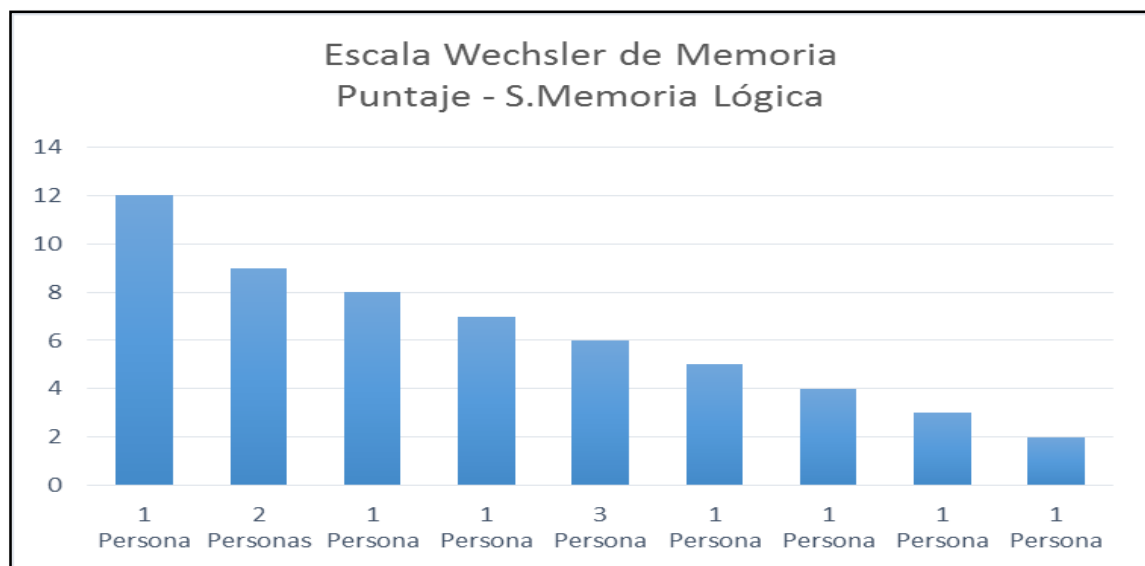


Gráfico 7. Puntaje Subprueba: Memoria Lógica

Del total de los pacientes, equivalente a 12 personas, 3 individuos obtuvieron un puntaje mayor o igual a 9.5 puntos, equivalente a la media y los 9 sujetos restantes obtuvieron una puntuación menor a 9 puntos sobre un puntaje total de 19 en esta subprueba.

Por lo tanto se concluye que muy pocos pacientes que equivale al 25 % obtuvieron buenos resultados, en relación al 75% que obtuvieron resultados contrarios, lo que significa que la memoria lógica que es la que implica comprensión de lo aprendido ya que es la memoria de razonamiento, de la relación que existe entre las cosas que se aprenden y no solo de las meras palabras (Budson & Solomon, 2016), sí se encuentra altamente deteriorada en esta población.

Subprueba: Memoria de Dígitos

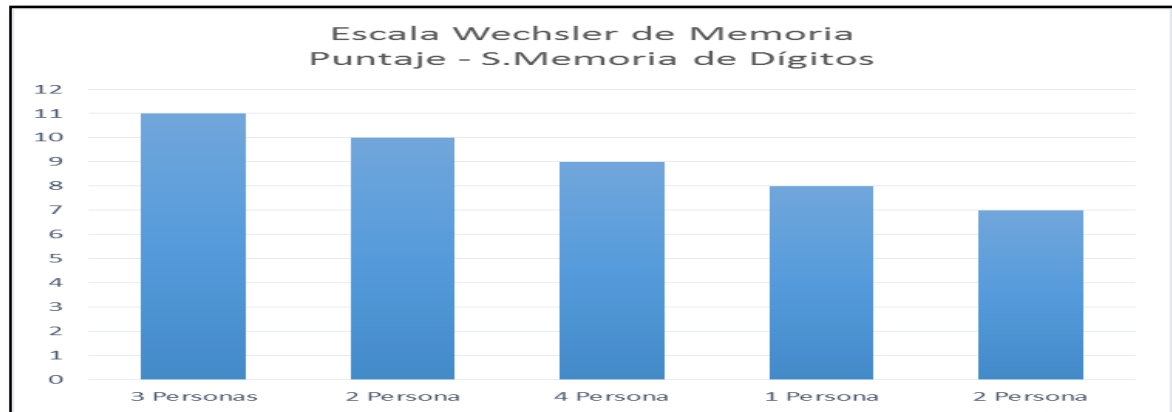


Gráfico 8. Puntaje Subprueba: Memoria de Dígitos

Del total de los pacientes, equivalente a 12 personas, 10 individuos obtuvieron un puntaje mayor o igual a 7.5 puntos, equivalente a la media y los 2 sujetos restantes obtuvieron una puntuación igual a 7 puntos sobre un puntaje total de 15 en esta subprueba.

Por lo tanto se concluye que la mayoría de los pacientes que equivale al 83 % obtuvieron buenos resultados, en relación al 17% que obtuvieron resultados contrarios, lo que significa que en memoria de dígitos que es la capacidad para recordar diferentes series numéricas o realizar cálculos matemáticos (Budson & Solomon, 2016), se obtuvieron buenos resultados y esta aún se conserva en esta población.

Subprueba: Memoria Visual

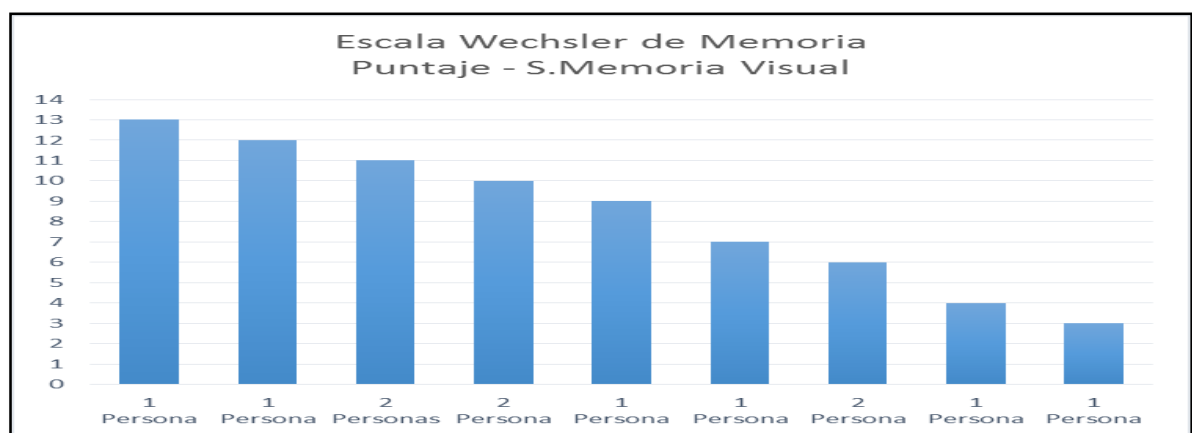


Gráfico 9. Puntaje Subprueba: Memoria Visual

Del total de los pacientes, equivalente a 12 personas, 8 individuos obtuvieron un puntaje mayor o igual a 7 puntos, equivalente a la media y los 4 sujetos restantes obtuvieron una puntuación menor a 7 sobre un puntaje total de 14 en esta subprueba.

Por lo tanto se concluye que la mayoría de pacientes que equivale al 67 % obtuvieron buenos resultados, en relación al 33% que obtuvieron resultados contrarios, lo que significa que la memoria visual, capacidad para retener una pequeña cantidad de información visual (letras, figuras, colores...) durante un periodo corto de tiempo (Barrera, M. & Donolo, 2009), aún se conserva en la mayoría de individuos de esta población.

Subprueba: Memoria Asociativa

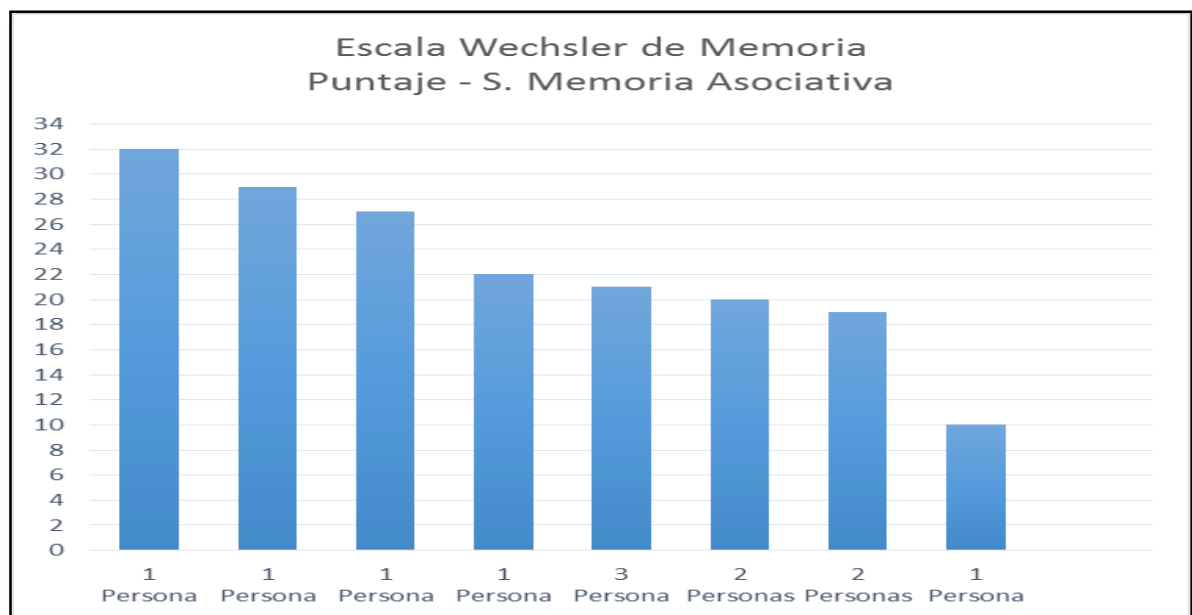


Gráfico 10. Puntaje Subprueba: Memoria Asociativa

Del total de los pacientes, equivalente a 12 personas, 3 individuos obtuvieron un puntaje alto, y los 9 sujetos restantes obtuvieron una puntuación baja en esta subprueba.

Por lo tanto se concluye que muy pocos pacientes que equivale al 25 % obtuvieron buenos resultados, en relación al 75% que obtuvieron resultados contrarios, lo que significa que la memoria asociativa que se basa principalmente en recuerdos por asociaciones; capacidad de recuperar una información por una cosa que hace que se recuerda otra y que esto es posible por una red de conexiones neuronales (Budson & Solomon, 2016) ,sí se encuentra muy deteriorado en esta población.

Con los resultados de este reactivo anteriormente descritos se pudo verificar que las funciones de la memoria donde existe mayor deterioro en los pacientes con Alzheimer fase 1 son: información, control Mental, memoria lógica y memoria asociativa. Por lo tanto son estos aspectos de memoria sobre los cuales se pretende reforzar sin olvidar el tipo de personalidad que predominaron en los pacientes.

3.1.3 Tercera etapa

- **Planificación del Proceso:**

En esta etapa se empezó a planificar el proceso se tomó en cuenta que este debe estar ajustado en su totalidad a las necesidades que mostraron los pacientes con los que se está trabajando, estas necesidades fueron posibles de identificar en base a toda la información que se obtuvo en las etapas anteriores como: el contexto del paciente, su ambiente psicológico, social y físico, el trastorno que padece y los rasgos de personalidad que prevalecen en el mismo.

Es por esto que los dos reactivos que se utilizaron en la etapa previa fueron fundamentales a ser aplicados para la planificación de este proceso, tomando en cuenta que existen dos niveles de los objetivos planteados para este, los mismos que son en base al trastorno el cual busca una convalecencia de los síntomas y el segundo en base a la personalidad siendo relevante ya que se toma en cuenta la manera de ser, actuar y comprender de cada individuo para una modificación positiva en la estructura del paciente durante el proceso (Balarezo, 2010) P. Las técnicas planificadas para la aplicación de este proceso son descritas en la siguiente etapa.

3.1.4 Cuarta etapa

- **Ejecución y aplicación Técnica:**

En esta etapa se ejecuta y aplica todo lo que fue planificado previamente, tomando en cuenta que el programa de Psicoeducación para personas con Alzheimer fase 1 se realiza desde el enfoque de la Psicoterapia Integrativa focalizada en la Personalidad las actividades están

creadas en base al tipo de personalidad de los pacientes con los cuales se trabajó anteriormente por lo que se dividió en actividades para pacientes con personalidad afectiva y para pacientes con personalidad cognitiva. Posteriormente las actividades fueron adaptadas a la enfermedad de Alzheimer, según las deficiencias cognitivas más evidentes que se encontró en la fase 1 en estos dos grupos de personalidades. Además, las actividades están planteadas en relación al contexto ecuatoriano. Cada una de las actividades se ejecuta en nueve diferentes sesiones, que se dan una vez a la semana, cada una con una duración de 45 minutos.

Partiendo de dichas características y los resultados de los reactivos se diseñan las actividades desde la dimensión psicológica de la Psicoeducación, que son descritas a continuación:

Personalidad afectiva:

Tabla 11. Personalidad afectiva

OBJETIVO GENERAL	ESTIMULACIÓN COGNITIVA	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	RECURSOS	DESCRIPCIÓN
Utilizar fenómenos afectivos que estimulen el recuerdo de las vivencias personales del participante.	Control Mental	Equilibrar lo físico, mental, emocional y espiritual del individuo	Relajamiento muscular por visualización	Música de naturaleza	Realizar 15 minutos de ejercicios de relajación usando la visualización y el enfoque mental
	Control mental e Información	Recordar los miembros que conforman la familia y los valores que existen dentro de esta.	Sopa de Letras “ La Familia”	Sopa de letras con integrantes de una familia y valores que se viven en esta	Realizar sopa de letras, posteriormente hablar de su familia.

	Memoria Asociativa y Memoria Lógica	Reconocer las diferentes emociones humanas	“Forma los Pares”	Paquete de 10 pares de cartas con emociones humanas diferentes	Colocar el primer paquete de 10 cartas frente al paciente para que lo observe, después entregar el segundo paquete idéntico para que relacione la emoción y forme pares
	Memoria Asociativa e Información	Completar refranes populares, pasillos y festividades compartidas en familia o amigos	“Completa Añoranzas”	Cuadernillo que contenga 5 refranes populares, 5 imágenes de festividades en familia o con amigos y 5 letras de canciones (pasillos)	El individuo debe ser capaz de completar la letra de pasillos y refranes escuchando y leyendo estas y completar el nombre de la festividad de la imagen que se le muestre
	Memoria Lógica	Relatar leyendas populares del contexto ecuatoriano.	“Colorea Leyendas ecuatorianas”	Cuadernillo de 5 leyendas propias del contexto ecuatoriano	Relatar una leyenda para que la persona adivine y posteriormente

				para colorear	coloree el gráfico
--	--	--	--	---------------	--------------------

Personalidad cognitiva:

Tabla 12. Personalidad cognitiva

OBJETIVO GENERAL	ESTIMULACIÓN COGNITIVA	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	RECURSOS	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Utilizar razonamiento y juicios lógicos que promuevan crítica y análisis en los participantes	Control Mental	Trabajar la atención y concentración plena	Mindfulness	Música de Naturaleza	Realizar 15 minutos ejercicios de concentración y relajación usando la respiración y el enfoque mental
	Memoria Lógica e Información	Recordar acontecimientos de cultura general ecuatoriana	Crucigramas	Crucigrama basados en cultura general del Ecuador	Hacer Juego de crucigramas para conocer el Ecuador
	Memoria Asociativa e Información	Reconocer lugares y tradiciones ecuatorianas	“Lotería”	Cartillas con 5 imágenes diferentes de tradiciones y lugares del	Juego grupal en el cual cada participante obtiene una

				Ecuador, acompañadas de un juego de 20 imágenes	cartilla. El primero en llenar su cartilla es el ganador.
	Control Mental y memoria Asociativa	Identificar comidas, flora, fauna y lugares típicos de cada región del Ecuador	“Pesca con Imán”	Juego de 4 conjuntos de las regiones del Ecuador formados por 5 tarjetas relacionadas con una varilla de madera e hilo con un imán al final del mismo	Colocar distintos conjuntos de tarjetas imanadas en el suelo y el participante con la varilla de madera debe atrapar únicamente las tarjetas del conjunto que se le solicite.
	Memoria lógica	Reconocer lugares emblemáticos del Ecuador	Rompecabezas	Un juego de tres rompecabezas nivel bajo, medio y alto en dificultad de símbolos emblemáticos del Ecuador	Armar los diferentes rompecabezas empezando del más fácil al más complejo

3.1.5 Quinta etapa

- **Retroalimentación y cierre del proceso:**

En esta etapa, una vez puestas en práctica las actividades descritas anteriormente para observar los resultados que obtengan los pacientes con la ejecución de este proceso.

Se propone realizar una casa abierta, para los familiares y amigos de los pacientes con Alzheimer, en la cual a través de memorias fotográficas puedan conocer todas las actividades que han sido ejecutadas a lo largo del proceso, tomando en cuenta al contexto familiar en el cual convive el paciente, especialmente al cuidador principal quien es la persona con la cual existen más horas de convivencia diaria y representa un pilar fundamental en cuanto al manejo y afrontamiento de esta demencia.

Por lo que en esta casa abierta el cuidador pueda conocer a fondo lo que ha sido realizado por el paciente e incluso este cierre del proceso servirá como una guía para continuar las actividades con el paciente en casa y de esta manera reinsertar al paciente al entorno social y familiar abordando la psicoeducación desde la dimensión social.

3.2 Descripción de la propuesta del programa de Psicoeducación para personas con Alzheimer fase 1 desde el enfoque de la Psicoterapia Integrativa focalizada en la Personalidad.

3.2.1 Nombre del programa de Psicoeducación

“EL PASO DEL TIEMPO”

3.2.2 Justificación

El Alzheimer es la demencia más común de estas últimas décadas, esta es una enfermedad degenerativa que se presenta mayormente en personas de la tercera edad, su etiología aún es desconocida por lo que es una enfermedad que no tiene remisión; esta enfermedad afecta

principalmente a la memoria de quién la padece de manera progresiva afectando todas las facultades cognitivas hasta llegar a perder incluso la conciencia de sí mismo (Revista Argentina, 2016).

Esta enfermedad se divide en tres fases importantes que se inician desde la 1 o leve, pasando por la 2 o moderada, hasta llegar a la fase 3 o grave. En la etapa inicial (Fase1) inician las primeras características que dan cuenta de la presencia de esta demencia, las cuales se centran en pérdidas de memoria esporádicas, afectando principalmente la memoria a corto plazo, por lo que se puede presentar desorientación, dificultad para recordar información reciente, lo que causa que muchas veces pierdan su independencia. Además problemas de lenguaje a causa del olvido de palabra o sintaxis lo que empieza afectando las relaciones sociales del individuo y asilándolo, por lo tanto esto causa cambios de humor en este como presencia de irritabilidad, ansiedad, frustración e incluso agresividad afectando su estilo de vida en forma general (López, 2015).

Es por esta razón que esta investigación propone un programa de Psicoeducación para personas con Alzheimer fase 1 desde el enfoque de la Psicoterapia Integrativa focalizada en la Personalidad, el cual se justifica para prolongar esta fase mediante el ejercicio de las funciones cognitivas que se encuentran afectadas durante esta etapa, tomando en cuenta el tipo de personalidad de los pacientes y el contexto al que estos pertenecen como un medio para mantener en lo posible su independencia y así mejorar su estilo de vida o que este se vea lo menos afectado posible.

3.2.3 Fundamentación

La Psicoterapia Integrativa focalizada en la Personalidad, se centra principalmente en tomar en cuenta las características y cualidades propias de cada paciente de acuerdo a sus rasgos de personalidad para a partir de estos iniciar el trabajo con el sujeto y además toma en cuenta el contexto cultural en el que se desenvuelve para tener una mayor efectividad en cuanto a los objetivos que se planteen en el tratamiento del individuo (Balarezo, 2010).

La Psicoeducación es una técnica multidimensional que se apoya en aspectos teóricos, donde se informa sobre todo alrededor de la problemática que atraviesa el individuo para que este cuente con la información necesaria que le facilite afrontar la situación y los aspectos

prácticos como los hábitos o comportamiento que debe seguir para controlar la sintomatología que se presenta (Campero & Ferraris, 2014).

Es esta la razón por la cual la presente investigación se apoyó en el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad, para la realización del programa de Psicoeducación ya que a través de estos el paciente de Alzheimer fase 1 podrá hacer frente a la demencia contando con herramientas tanto teóricas como prácticas que sean diseñadas exclusivamente a su tipo de personalidad y al contexto en el que se encuentra.

3.2.4 Objetivos

Objetivo general:

Aplicar un programa de Psicoeducación para un grupo de personas con Alzheimer Fase 1 desde el Modelo Integrativo, donde se ejercite los problemas cognitivos que se presenten, tomando en cuenta la personalidad de los pacientes.

Objetivo específico:

- Ejercitar las dificultades cognitivas que se manifiesten en un grupo de pacientes de fase 1 con demencia de Alzheimer
- Emplear actividades coherentes al tipo de personalidad de un grupo de pacientes con Alzheimer fase 1.

3.2.5 Importancia

La aplicación de esta propuesta es importante para:

Las personas con Alzheimer fase 1 ya que por medio de esta puedan mantener el funcionamiento de las actividades cognitivas que presentan un déficit más elevado durante esta primera etapa.

Los familiares y cuidadores de personas con Alzheimer fase 1, ya que se crea conciencia de que el paciente a pesar de sus limitaciones es capaz de realizar diversas actividades mentales y motrices.

Los centros o fundaciones con pacientes de Alzheimer ya que sirve como una guía de trabajo a ser ejecutada para el beneficio de sus usuarios.

3.2.6 Descripción de la propuesta

Cronograma

Cada una de las actividades se ejecuta en nueve diferentes sesiones, que se dan una vez a la semana, cada una con una duración de 45 minutos, la mayoría de estas son individuales (paciente- psicólogo), aunque también existen de tipo grupal y familiar.

Las actividades se realizarán considerando algunas características particulares:

- Desde la primera a la cuarta sesión se intervendrá de manera individual ya que será la recolección de información y aplicación de reactivos a cada paciente.
- De la quinta a la octava sesión las actividades no se rigen a un orden estricto, se otorga la flexibilidad que precise el psicoterapeuta, según las necesidades de cada paciente.
- La novena sesión se fija con la actividad de memorias fotográficas ya que esta es el resultado de todo lo anteriormente ejecutado por el paciente.

Personalidad Afectiva

Tabla 13. Cronograma aplicado a personalidad afectiva

SESIÓN	ACTIVIDAD
Primera sesión	Conversación individual para crear Rapport
Segunda sesión	Aplicación de la Ficha Integrativa de evaluación psicológica individual FIEPS (1)
Tercera sesión	Aplicación del Cuestionario de Personalidad SEAPsI
Cuarta sesión	Aplicación de escala Wechsler de memoria (adaptación Ecuador)
Quinta sesión	Relajamiento Muscular por visualización / “Forma los pares”
Sexta sesión	Sopa de letras “La familia”
Séptima sesión	Colorea Leyendas Ecuatorianas
Octava sesión	“Completa Añoranzas”
Novena sesión	Casa abierta “Memoria Fotográfica”

Personalidad Cognitiva

Tabla 14. Cronograma aplicado a personalidad cognitiva

SESIÓN	ACTIVIDAD
Primera sesión	Conversación individual para crear Rapport
Segunda sesión	Aplicación de la Ficha integrativa de evaluación psicológica individual FIEPS (1)
Tercera sesión	Aplicación del Cuestionario de Personalidad SEAPsI
Cuarta sesión	Aplicación de escala Wechsler de memoria (adaptación Ecuador)
Quinta sesión	Mindfulness/ rompecabezas
Sexta sesión	Crucigrama
Séptima sesión	“Pesca con Imán”
Octava sesión	“Lotería”
Novena sesión	Casa abierta “Memoria Fotográfica”

3.3 Conclusiones y recomendaciones

3.3.1 Conclusiones

El Alzheimer es una enfermedad degenerativa que afecta principalmente la memoria, sin etiología específica, considerada actualmente como el tipo de demencia más común en el mundo para la cual hasta la actualidad no existe cura y su incidencia afecta al individuo y su entorno social y económico por lo que es un problema que involucra a toda la comunidad. Sin embargo, estudios actuales dicen que la última zona del cerebro en ser afectada por esta enfermedad es la de la creatividad, por lo que los pacientes pueden conservar sus habilidades artísticas, como el dibujo, pintura, baile o canto e incluso quienes no la tenían pueden ser capaces de desarrollar habilidades de este tipo (Lopez, L. & Ullán, 2015).

La Psicoeducación es una técnica de Asesoramiento para el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad por lo que tiene una dimensión biológica, psicológica y social que debe ser tomado en cuenta al momento de su aplicación. La presente investigación abordó la dimensión psicológica y social en el diseño del programa de psicoeducación, además para la sistematización de este, se incluye un proceso con 5 etapas diferentes que buscan la determinación de la demanda, del problema y el entorno, para posteriormente planificar y ejecutar el proceso de Psicoeducación y culminar con la retroalimentación y cierre del mismo.

El programa de Psicoeducación en personas con Alzheimer es una propuesta dirigida a quienes se encuentran en la fase 1 o leve de la enfermedad mediante la cual se puede reforzar el déficit cognitivo que se presente en la misma, tomando en cuenta al contexto del paciente y principalmente reconociendo la personalidad como eje fundamental ya que se plantea desde el enfoque de la Psicoterapia Integrativa focalizada en la Personalidad y se reconoce a esta como el elemento trascendental a ser analizado para planificar las actividades en este proceso de acuerdo a las diferentes características que denote cada paciente .

Esta investigación da la pauta de cómo establecer las actividades para pacientes con Alzheimer Fase 1, según su personalidad y afectación cognitiva, por lo tanto promueve a realizar el diseño de actividades respectivas para futuros grupos que presenten diferentes características en estos dos aspectos.

3.3.2 Recomendaciones

Es importante que los pacientes de Alzheimer se incluyan a procesos de Psicoeducación ya que estos les proporcionan alternativas de reinserción tanto en el ámbito familiar como social, logrando que el paciente a pesar del proceso de deterioro que sufre a causa de la enfermedad pueda adaptarse mejor a los cambios y proceder de una manera más asertiva frente a su trastorno generando una mejor calidad de vida para estas personas.

La técnica de la Psicoeducación al tener tres dimensiones importantes: biológica, psicológica y social; debe considerar y reconocer las necesidades principales de cada paciente para de esta forma poder intervenir desde las dimensiones más adecuadas y así hacer un buen uso de esta técnica.

Considerar a la personalidad en el proceso de Psicoeducación es importante porque permite intervenir con cada paciente de manera individual, tomando en cuenta las características particulares que diferencian a cada uno para que las actividades planificadas en este proceso vayan acorde al ser y actuar de los participantes.

Referencia Bibliográfica:

- Asier Lasa. (2014). El impacto del Alzheimer en el entorno familiar - Clínica de la Asunción. Recuperado el 24 de octubre de 2017, a partir de <http://www.clinicadelaasuncion.com/5968/el-impacto-del-alzheimer-en-el-entorno-familiar/>
- Balarezo, L. (1995). *Psicoterapia*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Balarezo, L. (1998). *Psicoterapia, Asesoramiento y Consejería*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Quito: EdiSEAPsI.
- Balarezo, L. (2015). Psicoterapia Integrativa focalizada en la Personalidad. *Revista de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*.
- Barrera, M., & Donolo, D. (2009). Diagnóstico diferencial de envejecimiento patológico Desempeños en el Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE). *Pensamiento Psicológico. Universidad Nacional de Rio Cuarto- Córdoba*, 5, 45–58.
- Bavister, S. & Vickers, A. (2011). *Programación Neurolingüística (PNL)*. Barcelona : Amat. Recuperado a partir de <https://books.google.com.ec/books?id=2QriC67vbe4C&printsec=frontcover&dq=pnl+estrategia+psicoterapéutica+para+comunicarse+de+manera+eficaz&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi1ucrT8cDXAhUJ0iYKHeoHAbgQ6AEIKzAB#v=onepage&q&f=false>
- Belloch, A. , Sandin, B. & Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología*. Madrid: Mc. Glaw- Hill.
- Boixadós, M. D. (2010). *Identidades perdidas : relato de un enfermo de Alzheimer*. Milenio .
- Budson, A. E., & Solomon, P. R. (2016). *Pérdida de memoria, Alzheimer y demencia*. Barcelona : Elsevier Health Sciences Spain - R.
- Calero, M., & Navarro, E. (2012). Envejecimiento Óptimo: Marcadores Psicosociales de la evolución cognitiva en personas mayores de 80 años. *INFORMACIO PSICOLOGICA*, (104), 13–28.

- Campero, M. A., & Ferraris, L. (2014). La Psicoeducación como Herramienta estratégica en el abordaje de la patología mental en el dispositivo de guardia. *HIGA*, 4.
- Castanyer Mayer-Spiess, O. (2015). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Titivillus. Recuperado a partir de [http://assets.esppdf.com/b/Olga Castanyer Mayer-Spiess/La asertividad_ expresion de una sa \(2165\)/La asertividad_ expresion de un - Olga Castanyer Mayer-Spiess.pdf](http://assets.esppdf.com/b/Olga%20Castanyer%20Mayer-Spiess/La%20asertividad_%20expresion%20de%20una%20sa%20(2165)/La%20asertividad_%20expresion%20de%20un%20-%20Olga%20Castanyer%20Mayer-Spiess.pdf)
- CIE-10. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. (Organización Panamrricana de Salud, Ed.). Washington D.C: OMS. Recuperado a partir de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>
- Cloninger, S. (2003). *Teoría de la Personalidad*. México D.F: Pearson Educación.
- Da Silva, C. (2017). *Envejecimiento - Evaluación e Intervención Psicológica*. México D.F: Manual Moderno .
- Depression and Bipolar Support Alliance. (2006). *Psicoterapia: Cómo Funciona y en Qué Puede Ayudarle*. *Depression and Bipolar Support Alliance*. Recuperado a partir de <http://www.dbsalliance.org/pdfs/Psicoterapia.pdf>
- Draaisma, D. (2012). *Dr. Alzheimer, supongo : Y los otros 11 científicos que dieron nombre a los trastornos de la mente*. Barcelona : Ariel .
- DSM- 5 American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales : DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- El Telégrafo. (2016). La población adulta mayor crecerá 34% a partir de 2020. Recuperado el 9 de octubre de 2017, a partir de <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/palabra-mayor/17/la-poblacion-adulta-mayor-crecera-34-a-partir-de-2020>
- Fernandez, V. (2000). *Alzheimer, un siglo para la esperanza*. Madrid: EDAF.
- Fundación TASE -. (s/f). Recuperado el 7 de febrero de 2018, a partir de <http://www.fundaciontase.org/>
- García, C. (2014). *Neuroprotección en enfermedades neuro y heredo degenerativas*. Omnia Science.
- Goleman, D. (2008). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairos.

- González-Arratia López Fuentes, N. I. (2001). *La autoestima : medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Konrad,M., & Ulrike, M. (2006). *Alzheimer : la vida de un médico y la historia de una enfermedad*. España : Ediciones Díaz de Santos.
- Lopez, L. & Ullán, A. (2015). Arte y comunicación para la socialización de personas con Alzheimer. *Commons. Revista de Comunicación y Ciudadanía Digital*, 4(1).
Recuperado a partir de <http://revistas.uca.es/index.php/cayp/article/view/3090>
- López, L. (2015). *Arte y salud: diseño e implementación de talleres y contenidos digitales de ámbito cultural para pacientes con Alzhéimer y otras demencias*. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado a partir de <http://eprints.ucm.es/32962/1/T36325.PDF>
- Millon, T. (2004). *Trastornos de la Personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). “En el 2016 el 2,8% tenía algún tipo de demencia” | Informes | Noticias | El Universo. *EL UNIVERSO* . Recuperado a partir de <http://www.eluniverso.com/noticias/2017/07/16/nota/6282043/2016-28-tenia-algun-tipo-demencia>
- Mishara, B. L., & Riedel, R. G. (2000). *El proceso de envejecimiento*. Madrid : Ediciones Morata S.L.
- National Institute on Aging. (2016). Medicamentos para la enfermedad de Alzheimer.
Recuperado el 22 de octubre de 2017, a partir de <https://www.nia.nih.gov/es/node/20304>
- OMS. (2017a). Envejecimiento y salud. *WHO*. Recuperado a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- OMS. (2017b). OMS | Demencia. Recuperado el 11 de octubre de 2017, a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica*. Santiago: Ediciones ICPSI.
- Papalia. D, W. S. & D. R. (2010). *Desarrollo Humano*. (Mc. Graw Hill, Ed.). Mexico D.F.

- Recuperado a partir de <https://iessb.files.wordpress.com/2015/03/175696292-desarrollo-humano-papalia.pdf>
- Peña y Lillo, S. (2012). Envejecimiento Normal y Patológico, 192–194.
- Peñafiel, E. & Serrano, C. (2010). *Habilidades Sociales*. Editex . Recuperado a partir de <https://books.google.com.ec/books?id=zpU4DhVHTJIC&printsec=frontcover&dq=habilidades+sociales&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjX47WigMHXAhVLMSYKHeS0CUMQuwUIKDAA#v=onepage&q=habilidades sociales&f=false>
- Revista Argentina. (2016). Alzheimer y otros trastornos cognitivos. *Alzheimer ARGENTINA*.
- Rodriguez, E., Lopez, A. & Fagnani, J. (2014). Psicoeducación Grupal en el Trastorno Bipolar : Una revisión no sistemática de la Literatura. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, XXIII(2)*. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/html/2819/281943265002/>
- Sarasa, M. (2014). *Anatomía de la enfermedad de Alzheimer*. Instituto de España . Recuperado a partir de <http://www.ramz.es/WebRAMZ/archivos/Discurso SARASA.pdf>
- Segovia de Arana, J. & Mora, F. (2002). *ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS*. Madrid. Recuperado a partir de http://www.farmaindustria.es/idc/groups/public/documents/publicaciones/farma_1041.pdf
- Triadó, C., & Villar, F. (2006). *Psicología de la vejez*. (Alianza Editorial, Ed.). Madrid . Recuperado a partir de <https://www.casadellibro.com/ebook-psicologia-de-la-vejez-ebook/9788420688558/2369656>
- Valderrama, B. (2009). *Desarrollo de Competencias de Mentoring y Coaching*. Barcelona : Prentice- Hall . Recuperado a partir de <http://www.integraorg.com/wp-content/docs/El Management efectivo.pdf>
- Vallejo, M. (2014). | Resiliencia: Florecer en la Adversidad. Recuperado el 15 de noviembre de 2017, a partir de <http://psicotesa.com/articulos/resiliencia>
- Velasteguí, M. (2017). Pser-Integrativo 10 CONTENIDOS. *SEAPSI*. Recuperado a partir

de http://www.seapsi.com.ec/images/pdf/pser_integrativo_10.pdf

Wayne. W. & Vriend, J. (2016). *Técnicas efectivas de asesoramiento psicológico*.
Barcelona : DEBOLSILLO.

Zapata Ospina, J. P., Rangel Martínez-Villalba, A. M., & García Valencia, J. (2015).
Psicoeducación en esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 143–149.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.03.005>

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PROYECTO DE DISERTACIÓN DE TESIS DE GRADO

1. INFORMACIÓN SOBRE LAS FICHAS Y APLICACIÓN DE REACTIVOS

La Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en el marco del proyecto de disertación de tesis, busca promover el bienestar y salud mental de toda persona que sea participe en dichos proyectos. Para ello se requiere la colaboración de los participantes del Centro Alzheimer fundación TASE en la aplicación de reactivos psicológicos con el fin de conocer previamente su personalidad y su nivel de pérdida de memoria, y de acuerdo a estos factores partir con la distribución de actividades que cada participante realizará en el proyecto.

2. CONFIDENCIALIDAD

Los datos que se obtengan de sus fichas de salud, serán utilizados, únicamente, con fines orientados a la realización de este proyecto, por lo que se indica al servidor que, toda la información provista, se mantendrá en completa reserva y no se hará uso de ella para fines distintos a los antes mencionados.

3. INFORMACION ADICIONAL

La Fundación participante de este proyecto podrá requerir información adicional sobre el mismo en cualquier momento, para lo cual podrá comunicarse con las personas responsables del mismo en la PUCE: Mtr. Mayra Velasteguí, Tutora Académica de la disertación, como de su autora, la estudiante Toa Muñoz.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
CI..... He leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones facilitadas acerca de la naturaleza de la participación de las personas del Centro Alzheimer fundación TASE. También he sido Informado/a que los datos que provea no serán utilizados con otros fines que los estrictamente enmarcados en este proyecto.

Tomado todo en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en el presente proyecto y colaborar con lo requerido por el equipo de trabajo de la PUCE.

En....., el..... de del
.....

Firma

.....

C.I.:

ANEXO 2

ENTREVISTA INICIAL

- ¿Por favor dígame su nombre y lo que más le gusta hacer?
- ¿Por qué le gusta hacer dicha actividad?
- ¿Qué tan frecuente la realiza y como cree que esto aporta en su vida?
- ¿Cuál es su principal habilidad?
- ¿Para qué le sirve esta habilidad en su vida cotidiana?

Continuar...

FICHA FIEPS (1)

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUAL									
FIEPS (I) L. Balarezo (2016)									
No.									
Fecha:					Elaborada por				
DATOS INFORMATIVOS									
Nombre									
Edad		Estado Civil			#de hijos		Religión		
Lugar y fecha de nacimiento									
Residencia			Dirección				Telf.		
Instrucción					Ocupación				
Informante					Parentesco				
ÁMBITO DE CONSULTA					ORIGEN DE LA DEMANDA				
Ambulatorio		Acogida		Paciente			Familiar (s)		
Hospitalizado		Consulta Privada		Profesional			Otros		
Otros ¿Cuál?									
DEMANDA EXPLÍCITA									
DEMANDA IMPLÍCITA									

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES**BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)****RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS****DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA****DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO****DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD**

CRITERIOS PRONÓSTICOS
RECOMENDACIONES

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPsI

INSTRUCTIVO PARA LA CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPsI

La finalidad del Cuestionario de Personalidad SEAPsI, es identificar rasgos predominantes de personalidad, los mismos que pueden agruparse en cuatro tipos:

Personalidades Afectivas:	Histriónica	(h)
	Ciclotímica	(c)
Personalidades Cognitivas:	Anancástica	(a)
	Paranoide	(p)
Personalidades Comportamentales:	Inestable	(i)
	Disocial	(d)
Personalidades con déficit en la relación:	Evitativa	(ev)
	Dependiente	(d)
	Esquizoide	(e)
	Esquizotípica	(ez)

GENERALIDADES

El Cuestionario de Personalidad SEAPsI, es un instrumento de respuesta selectiva, contiene 10 tipos de personalidades, las mismas que contienen 10 ítems de alternativa de selección.

Las frases referidas son expresiones afectivas, cognitivas y comportamentales de cada tipo de personalidad.

OBJETIVOS

- Identificar rasgos predominantes en cada tipo de personalidad.
- Generar un perfil de rasgos de personalidad.
- Orientar modalidades de intervención terapéutica a partir de la identificación de rasgos.
- Manejar el cuestionario en el contexto terapéutico.

SUJETOS DE APLICACIÓN

Es aplicable a personas de ambos géneros a partir de los 15 años.

APLICACIÓN Y CONSIGNA

Puede ser aplicada de forma:

- Individual, el terapeuta lee cada frase, la consigna es “en el siguiente cuestionario señale si la frase leída corresponde a un comportamiento habitual suyo”
- Colectiva, la instrucción a ser impartida es “lea cada frase y señale con las que más se identifique”

CALIFICACIÓN

A partir del conteo que se realice en cada tipo de personalidad de acuerdo a lo señalado, se coloca cada resultado en el recuadro ubicado al final de cada personalidad, la repuesta oscila entre 0 – 10. Luego estos resultados se trasladan a la siguiente tabla:

10										
9										
8										
7										
6										
5										
4										
3										
2										

1										
0										
P	h	c	a	p	ds	i	ev	d	e	ez
			a							
	Personalidades Afectivas		Personalidades Cognitivas		Personalidades Comportamentales		Personalidades con déficit en la relación			

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI

Nombre _____ **Fecha** _____

Señale las frases con las que más se identifique

a	Al realizar alguna actividad o tarea me gusta que las cosas salgan perfectas	
	Programo mis actividades y salirme del esquema me genera ansiedad	
	Me resulta difícil expresar mis emociones y mis sentimientos a los demás	
	Soy rígido en temas vinculados con la moral y los valores	
	Me preocupa la posibilidad de tener alguna falla cuando realizo una actividad	
	Me siento preocupado cuando escucho críticas en mi contra	
	Cuando realizo alguna actividad me agrada que las personas se adapten a mi forma de hacer las cosas	
	En mis actividades soy muy organizado y me preocupo de todos los detalles	
	En las tareas laborales o domésticas, busco que todo tenga un orden ideal	
	Tengo ideas o pensamientos que no logro quitarlos fácilmente	
p	Cuando veo a un grupo de amigos reunidos tengo la sospecha de que pueden estar hablando de mí	
	Para que yo confíe en los demás deben demostrarme lealtad	
	Me molesta mucho cuando me interrumpen el trabajo que estoy realizando	
	Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira	
	Soy una persona que denota una cierta autoridad natural	
	Prefiero conocer los antecedentes de una situación a la que me voy a enfrentar para no ser sorprendido	
	Generalmente impongo mi punto de vista	
	En mis labores me gusta generalmente superar a las demás personas	
	Prefiero mantener mi vida privada en reserva	
	Cuando las personas en las que confío me fallan me resulta difícil perdonar	
c	Mi estado de ánimo es muy variable	
	Hay días en que me siento muy alegre y otros en los que sin causa estoy triste	
	A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro	
	Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso	
	Por las mañanas siento triste y parecería que todo me saldrá mal	
	Me impresiono fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano	
	Soy sensible ante las circunstancias de malestar ajeno	

	En mi vida diaria repentinamente aparecen períodos de tristeza sin motivo		
	Sobredimensiono las expresiones de amistad y afecto		
	Soy bromista, agradable y expresivo con las personas que conozco		
h	En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía		
	Me gusta ayudar a la gente sin importar el grado de cercanía que tenga con ella		
	Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor		
	Para salir de casa mi aspecto físico debe ser impecable		
	Cuando me propongo conseguir algo a veces exagero y dramatizo		
	Mi vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos		
	En una reunión social soy muy alegre y extrovertido me convierto en el alma de la fiesta		
	Creo fácilmente lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugestionarme		
	Me gusta ser reconocido por lo que hago		
	Me agrada que los demás me vean atractivo		
ev	Prefiero evitar actividades que involucren contacto con los demás		
	Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco		
	En una reunión social prefiero estar alejado del griterío		
	Para poder relacionarme debo estar seguro de agradar a los demás		
	Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo a ser ridiculizado o avergonzado		
	Mi vida social es reducida		
	Cuando conozco a gente nueva temo no poder iniciar una conversación		
	Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales		
	Tengo dificultades para hablar de mi mismo ante los demás		
	Me siento ofendido si alguien se muestra crítico frente a mí durante una conversación		
d	Cuando encuentro dificultades en el camino me resigno a no llegar al objetivo planteado		
	Cuando he terminado una relación afectiva busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo		
	Cuando tengo problemas busco a otras personas para que me aconsejen		
	Me cuesta expresar mi desacuerdo a las demás personas		
	Prefiero acoger ideas y pensamientos cuando ya han sido aprobados		
	Soy obediente ante mis superiores y jefes		
	Generalmente intento evitar las discusiones con otros		
	Cuando observo dificultades tiendo a mantener una actitud pasiva y distante		
	Me siento incómodo y desamparado cuando estoy solo		
	En situaciones difíciles es mejor que los otros tomen decisiones		
e	Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales		
	Prefiero hacer las cosas solo		
	Disfruto más realizando pocas actividades que demasiadas		
	Tengo pocos amigos íntimos o de confianza		
	Siempre me ha costado enamorarme profundamente		
	Soy insensible ante los hechos o circunstancias adversas que sucedan		
	No experimento intensamente emociones como la ira y la alegría		
	Prefiero las actividades abstractas o misteriosas		
	Soy indiferente ante los halagos o críticas de los demás		
	En las reuniones sociales prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean		
ez	Me agradan las cosas excéntricas y fuera de lo común		
	Tengo un poder especial para saber qué es lo que sucederá en el futuro		

	Mi apariencia es peculiar y rara para los demás	
	No confío mucho en mis amigos íntimos o de confianza	
	Me agradan las supersticiones y los fenómenos paranormales	
	Con los demás soy inflexible, me cuesta ceder a sus peticiones	
	Siento que soy diferente y que no encajo con los demás	
	Me siento muy ansioso ante personas desconocidas	
	Temo que los demás quieran hacerme daño	
	Creo ver, oír o sentir algo que no es real	
ds	Reniego de las normas sociales y legales	
	A veces hago trampa para obtener beneficios personales	
	Si encuentro una solución que es favorable para mí, avanzo, sin fijarme si las consecuencias son negativas para otras personas	
	En la niñez solía causar daños a los animales	
	Suelo ser impulsivo al planificar el futuro	
	Soy incapaz de mantener relaciones personales duraderas	
	Cuando estoy con ira expreso mi agresividad sin importarme las consecuencias	
	No me preocupa mi seguridad ni la de las demás personas	
	Soy inestable en mis trabajos aún cuando tenga obligaciones económicas	
	No tengo remordimientos cuando ofendo a los demás	
i	Me cuesta esfuerzos controlar mi ira	
	Soy impulsivo en la realización de mis actividades	
	Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas	
	Me gusta engañar a las personas para que estén conmigo	
	Generalmente no mido las consecuencias de mis actos, aunque luego reacciono con arrepentimiento	
	Elaboro imágenes idealizadas de las personas que están conmigo	
	La rutina me molesta por eso siempre busco algo diferente que hacer	
	A pesar de tener un carácter fuerte temo ser abandonado	
	Me gasto el dinero de manera imprudente por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias	
	Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, las amistades o las ocupaciones	
APRECIACIÓN		

ANEXO 5

ESCALA WECHSLER DE MEMORIA

ESCALA WECHSLER DE MEMORIA

Adaptado al Ecuador (Mancheno, 1993)

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____
Procedencia: _____ (Diagnóstico médico: _____)

I. INFORMACIÓN (1 punto/ítem bien contestado, máximo 6 puntos)

1. ¿Qué edad tiene usted?	
2. ¿Cuándo nació?	
3. ¿Quién es el presidente actual del Ecuador?	
4. ¿Quién fue el presidente anterior a él?	
5. ¿Cómo se llama el Papa?	
6. ¿Cómo se llama el alcalde?	
TOTAL	

II. ORIENTACIÓN (1 punto/ítem bien contestado, máximo 5 puntos)

1. ¿En qué año estamos?	
2. ¿En cuál mes?	
3. ¿Qué día de la semana es hoy?	
4. ¿Dónde está usted ahora?	
5. ¿Cuál es el nombre de esta ciudad?	
TOTAL	

III. CONTROL MENTAL (Coloque las omisiones en un círculo y tache los errores)

TOTAL	
--------------	--

1. Por favor, cuente desde el 20 hacia atrás hasta el uno. (20, 19, 18 y continúe así) (Tiempo máximo: 30")

20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2
1

Errores	Tiempo	Puntaje
---------	--------	---------

2. Ahora diga el abecedario desde el principio ¿Listo? Ya. (Tiempo máximo: 30")

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y
Z

Errores	Tiempo	Puntaje
---------	--------	---------

3. Y, por favor, ahora usted debe empezar en el número 1 y siempre agréguele 3, es decir, 1-4-7,
y
continuar así hasta el 40. (Tiempo máximo: 45")

1 - 4 - 7 - 10 - 13 - 16 - 19 - 22 - 25 - 28 - 31 - 34 - 37 - 40

Errores	Tiempo	Puntaje
---------	--------	---------

IV. MEMORIA LÓGICA

TOTAL

Le voy a leer una historia corta. Ponga mucha atención ya que usted deberá repetírmela con todos sus detalles. ¿Listo?

a. La señora Ana Suárez, / que vive en un barrio de Quito / y trabaja como aseadora / en un edificio de oficinas, / informó a la comisaria / del centro / que le habían asaltado / la noche anterior / en la calle / y que le habían robado / 100 dólares. / Tenía cuatro niños pequeños, / debía el alquiler / y no había comido / desde hace dos días. / Los oficiales, / conmovidos por el relato de la señora / hicieron una recolecta para ella.

Número de memorias en el relato a	
-----------------------------------	--

b. El barco ecuatoriano / "Hualcopo" / se hundió / el lunes / por la noche / cerca de Salinas. / A pesar de la tormenta / y de la oscuridad / rescataron / los 60 pasajeros, / incluyendo 18 mujeres, / aunque las lanchas salvavidas / se mecían entre las olas / como hojas de papel. / Al día siguiente / un barco colombiano / los trajo al puerto.

Número de memorias en el relato b	
-----------------------------------	--

Puntaje =(a b)	
Total =puntaje / 2	

	TOTAL	
--	--------------	--

V. MEMORIA DE DÍGITOS

Mismo orden			Orden inverso		
Serie inicial		Serie supletoria	Serie inicial		Serie supletoria
5-8-2		6-9-4	7-9		5-3
6-4-3-9		7-8-2-6	6-2-9		4-1-5
4-2-7-3-1		7-5-8-3-6	3-2-7-9		4-9-6-8
6-1-9-4-7-3		3-9-2-4-8-7	1-5-2-8-6		6-1-8-4-3
5-9-1-7-4-2-8		4-1-7-9-3-8-6	5-3-9-4-1-8		7-4-2-8-5-6
5-8-19-2-6-4-7		3-8-2-9-5-1-7-4	8-1-2-9-3-6-5		4-7-3-9-1-2-8
2-7-5-8-6-2-5-8-4		7-1-3-9-4-5-2-6-8	9-4-3-7-6-5-2-8		7-2-8-1-9-6-5-3
			Total (MO OI)=		

	TOTAL	
--	--------------	--

VI. MEMORIA VISUAL

(Entregarle al paciente una hoja de papel, vacía)

1. Le voy a mostrar un dibujo. Usted tiene diez segundos para mirarlo, luego lo quitaré y usted debe dibujarlo de memoria. (Dibujo A)
2. Aquí hay otro dibujo. Tiene diez segundos para mirarlo y después lo quitaré. Debe dibujarlo de memoria. (Dibujo B)
3. Ahora sigue un dibujo un poco más difícil. Esta tarjeta tiene dos figuras, usted tendrá diez segundos para mirar los dibujos, luego quitaré la tarjeta y usted deberá dibujar ambas figuras de memoria. (Dibujos C1 y C2)

Reproducción dibujo A	Reproducción dibujo B	Reproducción dibujo C1	Reproducción dibujo C2
Ítem 1	Ítem 1	Ítem 1	Ítem 1
Ítem 2	Ítem 2	Ítem 2	Ítem 2
Ítem 3	Ítem 3	Ítem 3	Ítem 3
	Ítem 4		Ítem 4

	Ítem 5		
Total	Total	Total	Total
Total (máximo para todas las figuras 14 puntos)			

TOTAL

VII. MEMORIA DE PARES ASOCIADOS

Dígale al sujeto las palabras de la primera lista de asociaciones, a razón de un par de palabras en dos segundos. Luego pase a la primera lista de evocación: díglele cada palabra y espere cinco segundos por la respuesta; si el sujeto no responde en ese tiempo o da una respuesta falsa, díglele la respuesta correcta y continúe con la siguiente palabra. Continúe de la misma forma con las siguientes listas.

Primera presentación	Primera evocación		
		Fácil	Difícil
Metal Hierro	Norte		
Bebé Lloro	Fruta		
Accidente Oscuridad	Obedecer		
Norte Sur	Rosa		
Escuela Mercado	Bebé		
Rosa Flor	Arriba		
Arriba Abajo	Repollo		
Obedecer Metro	Metal		
Fruta. Manzana	Escuela		
Repollo Lápiz	Accidente		
Total fácil /2			
Total difícil			
PUNTAJE			

Segunda presentación	Primera evocación		
		Fácil	Difícil
Rosa Flor	Repollo		
Obedecer Metro	Bebé		
Norte Sur	Metal		
Repollo Lápiz	Escuela		
Arriba Abajo	Arriba		
Escuela Mercado	Rosa		
Fruta. Manzana	Obedecer		
Metal Hierro	Fruta		
Accidente Oscuridad	Accidente		

Bebé	Llora	Norte		
		Total fácil /2		
		Total difícil		
		PUNTAJE		

Tercera presentación		Primera evocación		
			Fácil	Difícil
Bebé	Llora	Obedecer		
Obedecer	Metro	Fruta		
Norte	Sur	Bebé		
Escuela	Mercado	Metal		
Rosa	Flor	Accidente		
Repollo	Lápiz	Escuela		
Arriba	Abajo	Rosa		
Fruta	Manzana	Norte		
Accidente	Oscuridad	Repollo		
Metal	Hierro	Arriba		
		Total fácil /2		
		Total difícil		
		PUNTAJE		
		Puntaje Total		

RESULTADOS

SUBTEST	PUNTAJES
I. Información	
II. Orientación	
III. Control mental	
IV. Memoria lógica	
V. Memoria de dígitos	
VI. Memoria visual	
VII. Memoria asociativa	
Puntaje bruto	
Constante por la edad	
Puntaje bruto - constante por la edad	
COEFICIENTE DE MEMORIA EQUIVALENTE	

APRECIACIÓN:

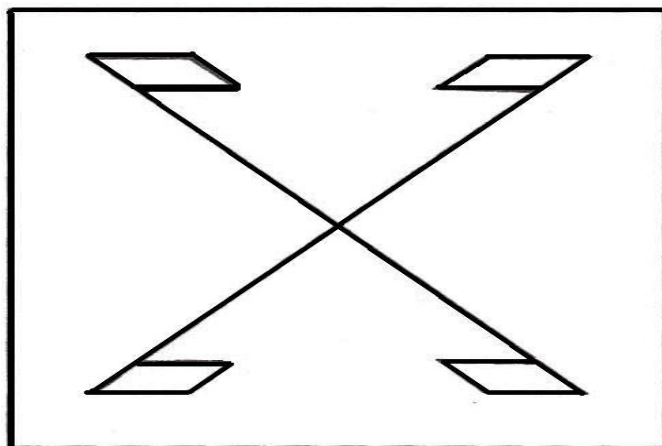
PSICÓLOGO/A
PUNTUACIÓN PARA CORREGIR POR EDAD

EDAD	CONSTANTE
20 - 24	33
25 - 29	34
30 - 34	36
35 - 39	38
40 - 44	40
45 - 49	42
50 - 54	44
55 - 59	46
60 - 64	48

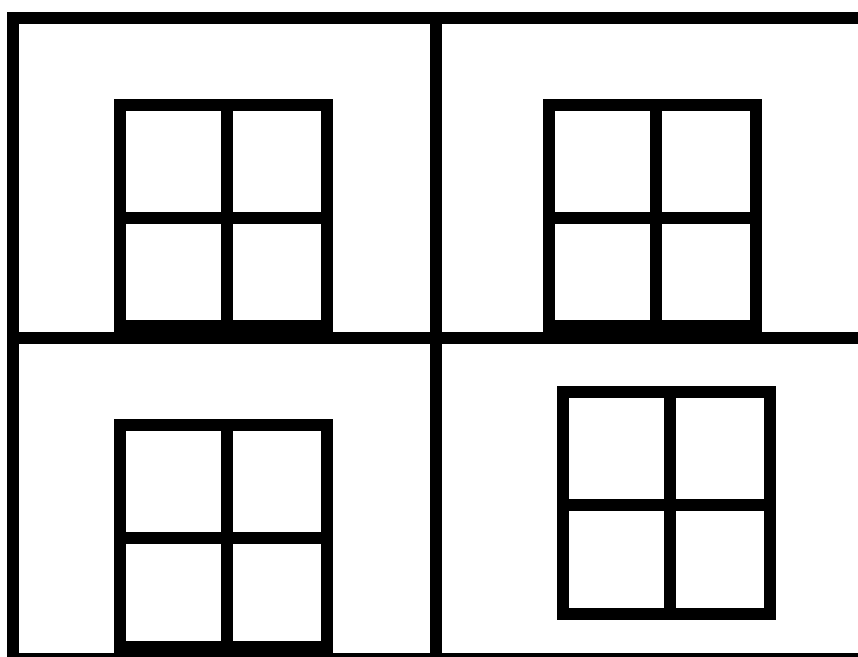
Determine en la tabla anterior la constante que corresponde a la edad del paciente, sume esa constante al puntaje bruto obtenido en la prueba y, con ese resultado (que es el puntaje corregido), vaya a la tabla siguiente en la columna a la derecha de los puntajes corregidos está el cociente de memoria equivalente.

PUNTAJE CORREGIDO	COCIENTE DE MEM. EQUIV.	PUNTAJE CORREGIDO	COCIENTE DE MEM. EQUIV.	PUNTAJE CORREGIDO	COCIENTE DE MEM. EQUIV.
50	48	73	64	96	97
51	49	74	66	97	99
52	49	75	67	98	100
53	50	76	69	99	101
54	51	77	70		
55	52	78	72	100	103
56	52	79	73	101	105
57	53			102	106
58	54	80	74	103	108
59	55	81	76	104	110
		82	77	105	112
60	55	83	79	106	114
61	56	84	80	107	116
62	57	85	81	108	118
63	57	86	83	109	120
64	58	87	84		
65	59	85	86	110	122
66	59	89	87	111	124
67	60			112	126
68	61	90	89	113	129
69	62	91	90	114	132
		92	92	115	135
70	62	93	93	116	137
71	63	94	94	117	140
72	64	95	95	118	143

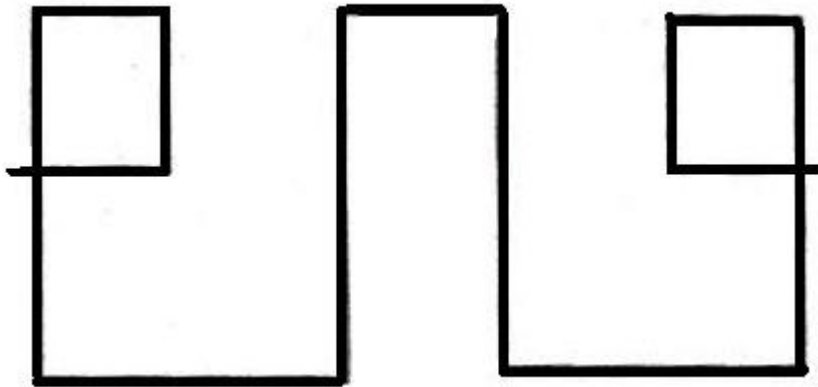
DIBUJO A



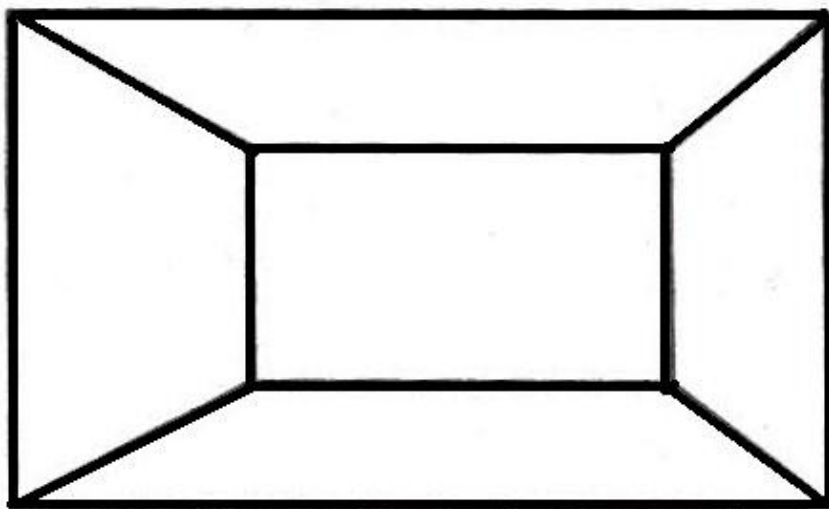
DIBUJO B



DIBUJO C 1



DIBUJO C 2



ANEXO 6

PROPUESTA DEL PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN

"EL PASO DEL TIEMPO"

PERSONALIDAD AFECTIVA

1. RELAJAMIENTO MUSCULAR CON VISUALIZACIÓN

Ejercicios de Visualización

- * **Conteo:** Contar de 100 a 0 visualizando los números
- * **Pensamientos Liberados:** Visualizar un río en el que se deja arrastrar por la corriente diferentes pensamientos
- * **Colores:** Asignar un color a la relajación, visualizar los malestares corporales con este, para obtener bienestar
- * **Lugar Mágico:** Visualizar un lugar natural que represente paz hasta sentirse en este espacio

2. FORMA LOS PARES



3. SOPA DE LETRAS "LA FAMILIA"



RESPUESTAS

- HERMANOS
- PAPA
- MAMA
- SOBRINOS
- HIJOS
- ABUELOS
- TIOS
- PRIMOS
- NIETOS
- CARINO
- AMOR
- SINCERIDAD
- COMPRENSION
- RESPETO
- UNION
- AMISTAD

4. COLOREA "LEYENDAS ECUATORIANAS"

CANTUÑA



Se dice que en tiempos de la Colonia, un indio llamado Cantuña se comprometió a construir el atrio de la iglesia de San Francisco. Una noche, antes del plazo estipulado, Cantuña desesperado pactó con el diablo para que culminase la obra antes del amanecer...

EL GALLO DE LA CATEDRAL



Una noche, caminando hacia su casa, que se ubicaba a unas pocas cuadras de la Plaza de la Independencia, decidió pararse frente a la Catedral y enfrentarse al gallo que allí residía: "¿Qué gallos de pelea, ni qué gallos de Iglesia? ¡Soy el más gallo! ¡Ninguno me supera, ni siquiera el gallo de la Catedral..."

EL PADRE ALMEIDA



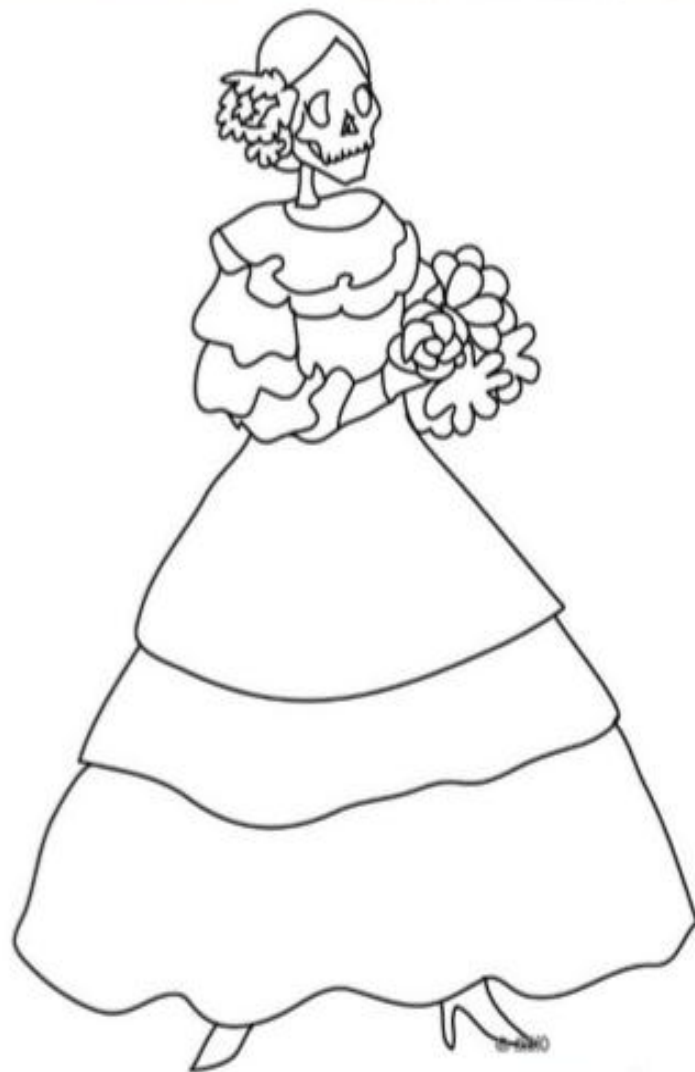
Narra la leyenda que en el convento de San Diego, de la ciudad de Quito-Ecuador, vivía hace algunos siglos un sacerdote joven, el padre Almeida, el mismo que se caracterizaba por su afición a las juergas y al aguardiente.

MARIANGULA



Entre la preocupación de la Mariangula que caminaba por las calles paso por el cementerio, y se le ocurrió la macabra idea de sacar las tripas de uno de los muertos que recién lo habían enterrado, las sacó y las llevó a su mamá para que las vendiera y en efecto logró su objetivo para no ser castigada, ...

DAMA TAPADA



Según la leyenda, La Tapada era una dama de cuerpo esbelto y andar garboso, que asombraba en los vericuetos de la ciudad y se hacía seguir por los hombres, nunca se supo de dónde salía, cubierta la cabeza con un velo...

5. COMPLETA "AÑORANZAS"

REFRANES

En la puerta del Horno	se quema el pan
En boca cerrada	no entran moscas
Barriga llena	corazón contento
Más vale pájaro en mano	que ciento volando
A Dios rogando	y con el mazo dando

FIESTAS TRADICIONALES



N



F



C



A



S

PASILLOS

El Aguacate

Tú eres mi amor
Mi dicha y mi
Mi solo encanto
Y mi

Ven a calmar mis males
Mujer no seas tan
No olvides al que sufre y
Por tu pasión

Yo te daré
Mi fe, mi amor
Todas mis tuyas son
Pero tu no olvidarás
Al que te adoró
Al ser que un día fue
Tu encanto, tu mayor anhelo
Y tu

Vasija de Barro

Yo quiero que a mí me entierren
Como a mis
En el vientre oscuro y fresco
De una de barro

En el vientre oscuro y
De una vasija de barro

Cuando la vida pase
Detrás de una de años

Cuando la vida pase
Detrás de una cortina de años

Vivirán a flor de tiempo
Los amores y los

Arcilla cocida y dura
Alma de verdes collados

Luz y sangre de mis gentes
..... de mis antepasados

Luz y sangre de mis gentes
Sol de mis antepasados

De ti nací y aquí vuelvo
..... vaso de barro

De ti nací y aquí vuelvo
Arcilla vaso de barro

Con mi muerte vuelvo a tí
Vuelvo a tu fondo



El alma en los labios

Cuando de nuestro amor
la.....apasionada
dentro tu.....amante
contemplas extinguida

Ya que solo por tí
la vida me es.....
el día en que me faltes
me.....la vida

Porque mi pensamiento
lleno de este.....
que en una hora feliz
me hiciera.....tuyo

Lejos de tus.....
es triste como un.....
que se duerme soñando
con tu acento de.....

Para envolverte en.....
quisiera ser el viento
y quisiera ser todo
lo que tu.....toca

Ser tu sonrisa ser
hasta tu mismo.....
para poder estar
más cerca de tu.....

Perdona que no tengo
palabras con que pueda
decirte la inefable
.....que me debora

Para expresar mi amor
solamente me queda
rasgarme el.....amada
y en tus manos de seda
dejar mi palpitante
.....que te adora.

Nuestro Juramento

No puedo verte triste porque me mata
tu carita de ; mi dulce amor,
me duele tanto el llanto que tu derramas
que se llena de angustia mi

Si yo muero primero, es tu promesa,
sobre de mi dejar caer
todo el llanto que brote de tu tristeza
y que todos se enteren de tu

Yo sufro lo indecible si tu entristeces,
no quiero que la te haga llorar,
hemos jurado amarnos hasta la
y si los muertos aman,
después de muertos más.

Si tu mueres primero, yo te prometo,
escribiré la historia de nuestro amor
con toda el llena de sentimiento;
la escribiré con sangre,
con tinta del corazón.

Ódiame

Ódiame por piedad yo te lo pido
ódiame sin ni clemencia
odio quiero mas que indiferencia por que
el hiere menos que el olvido

Si tu me odias quedare yo convencido
de que me mujer con insistencia

Pero ten presente de acuerdo a la experiencia
que tan solo se odia lo

Que vale más yo humilde y tu orgullosa
o vale más tu débil
piensa que en el fondo de la fosa
llevaremos la misma

PERSONALIDAD COGNITIVA

1. MINDFULNESS

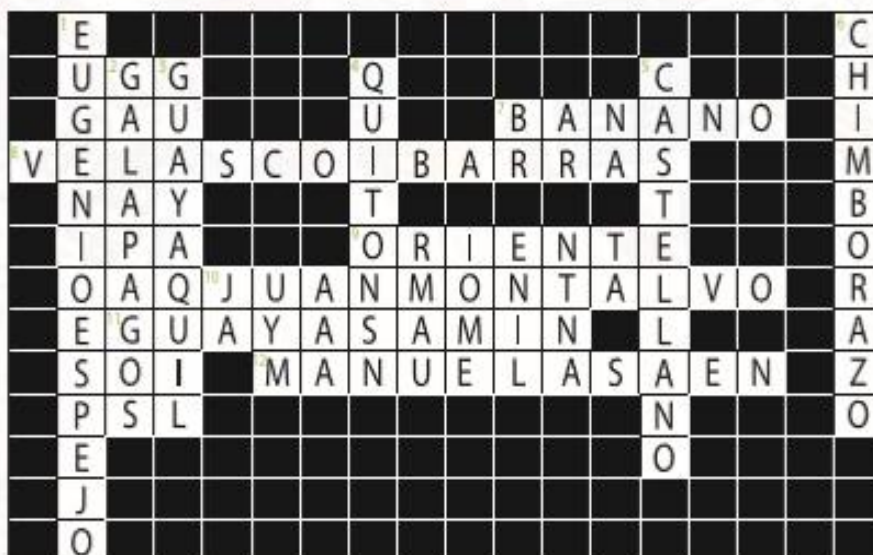
Ejercicios de Concentración

- * *Meditar 1 minuto:* Concentrarse en la respiración hasta contar sesenta
- * *Respiración de aterrizaje aquí y ahora:* Respiración suave y profunda por 10 series
- * *Sonidos del momento:* Escuchar cada sonido sin identificarlo, solo sentirlo
- * *Scanner Corporal:* Cerrando los ojos realizar un recorrido visual desde la planta de los pies hasta la cabeza
- * *Haz Garabatos:* Empezar a garabatear en una hoja, concentrándose en lo que va surgiendo

2. ROMPECABEZAS



3. CRUCIGRAMA



VERTICALES

1. Primer médico y periodista ecuatoriano
2. Islas encantadas conocidas también como
3. Ciudad conocida como la "Perla del Pacífico"
4. Capital del Ecuador
5. Idioma oficial del Ecuador
6. El más alto nevado del Ecuador

HORIZONTALES

7. Ecuador es el primer exportador de:
8. Presidente ecuatoriano cinco veces
9. Las regiones del Ecuador son: Costa, Sierra, Galápagos y
10. ¿Quién dijo "Mi pluma lo mató"?
11. Famoso pintor indígena ecuatoriano conocido a nivel internacional
12. Conocida como "La libertadora del libertador"

4. PESCA CON IMAN



COSTA



SIERRA



AMAZONÍA



INSULAR



5. LOTERÍA



Chimborazo



Mitad del Mundo



Panecillo



Cotopaxi



Otavaleño



Valdivia



Marimba



Tsáchilas



Banano



Trompo



Mama Negra



Curiquingue



Condor



Piquero petas azules



Melcocha



Cucurucho



Años viejos



Colada Morada



Chole Cuencano



Cementerio Tulcán

